

Universitätsspital Zürich
Institut für Hausarztmedizin
Direktor: Prof. Dr. med. T. Rosemann PhD

Arbeit unter der Leitung von Dr. med. Marco Zoller
und Dr. med. Nina Badertscher

Weiterbildung von zukünftigen HausärztInnen an stationären chirurgischen und internistischen Weiterbildungsstellen aus Sicht der AssistenzärztInnen

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät
der Universität Zürich

vorgelegt von
Livia Barbara Berger
von Egg ZH

Genehmigt auf Antrag von Prof. Dr. med. T. Rosemann PhD
Zürich 2014

Publikationshinweis

Auf Basis dieser Studie erfolgte eine Teilpublikation im Rahmen des Artikels *„Weiterbildung von angehenden Hausärzten an stationären Weiterbildungsstellen: Sicht der Assistenzärzte“* von N. Badertscher, M. Schöni, L. Berger, M. Zoller, T. Rosemann:

Publiziert am: 16. März 2011

Journal: PRAXIS Schweizerische Rundschau für Medizin,
100 (6): 349-355

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	1
2. Einleitung	3
3. Methodik	5
3.1 Studiendesign	5
3.1.1 Stichprobe	5
3.1.2 Fragebogen	7
3.2 Inhaltsanalyse und statistische Auswertungen	9
3.2.1 Deskriptive Auswertungen	9
3.2.2 Statistische Berechnungen	9
3.2.3 Inhaltsanalyse offener Fragen	10
4. Resultate	11
4.1 Rücklaufquote	11
4.2 Demographische Daten	12
4.3 Allgemeine Informationen	13
4.3.1 Zukünftige Tätigkeit als Hausarzt	13
4.3.2 Universität/Studienort	15
4.3.3 Weiterbildungsjahr	17
4.3.4 Angestrebter Facharztstitel	18
4.3.5 Einfluss der Departementsgrösse und des Weiterbildungs-	
stands auf die Wahl des Weiterbildungsziels Hausarzt	18
4.4 Berufswahl Hausarztmedizin	20
4.4.1 Beweggründe für eine spätere Hausarztstätigkeit	20
4.4.2 Entscheidungszeitpunkt	21
4.5 Unterstützung im Berufsziel und Lernziele in der Hausarztmedizin	23
4.5.1 Bekanntgabe des Berufsziels	23
4.5.2 Besprechung von hausarztspezifischen Lernzielen	24
4.5.3 Kommunikation als wichtiger Bestandteil hausärztlicher	
Tätigkeit	24
4.5.4 Unterstützung im Hinblick auf das Berufsziel Hausarzt	25
4.6 Weiterbildungen/Fortbildungen	26

4.7	Einsatz von zukünftigen Hausärzten in der Klinik bzw. Abteilung.....	27
4.7.1	„Turnus/Einsatzplan“ für zukünftige Hausärzte.....	27
4.7.2	Praxisassistenzprogramm.....	28
4.8	Kontakt der Assistenzärzte zu den niedergelassenen Hausärzten.....	28
4.8.1	Kontaktaufnahme zu niedergelassenen Hausärzten.....	28
4.8.2	Kontakt zu lokalen Hausärztenetzwerken und die Möglichkeit eines Mentorings durch einen erfahrenen Hausarzt.....	29
4.9	Kontakt der zukünftigen Hausärzte zu Assistenzärzten mit dem- selben Berufsziel.....	30
4.9.1	Organisation von Treffen für zukünftige Hausärzte.....	30
4.9.2	Kontakt und Austauschmöglichkeiten durch die JHaS.....	30
4.10	Wünsche und Verbesserungsvorschläge potentiell angehender Hausärzte hinsichtlich der Weiterbildung zum Grundversorger.....	32
5.	Diskussion.....	33
5.1	Einleitende Bemerkungen.....	33
5.2	Nachwuchsmangel in der Hausarztmedizin?.....	33
5.3	Motivation für eine spätere Hausarztztätigkeit.....	34
5.4	Einfluss des Geschlechts auf die Wahl des Berufsziels Hausarzt.....	35
5.5	Zeitpunkt der Entscheidung, eine spätere Hausarztztätigkeit in Betracht zu ziehen.....	36
5.6	Unterstützung in der Weiterbildung zum Hausarzt.....	37
5.7	Lücken in einer klinikzentrierten Weiterbildung.....	37
5.8	Verbesserungsmöglichkeiten in der hausärztlichen Weiter- bildung – Basis für eine effizientere Nachwuchsförderung.....	39
5.9	Stärken und Limitationen der Studie.....	41
6.	Schlussfolgerung.....	44
7.	Literaturverzeichnis.....	45
8.	Verdankungen.....	48
9.	Curriculum Vitae.....	49

1. Zusammenfassung

Hintergrund. Die Weiterbildung zum Hausarzt^{1,2} findet in der Schweiz bisher zu mindestens 80% an Kliniken statt; dies unter Chefärzten mit einem heterogenen Wissensstand zur Hausarztmedizin.

Während zur Praxisassistenz - als essentielltem Bestandteil der Weiterbildung zukünftiger Hausärzte - bereits mehrere Studienergebnisse vorliegen, ist zur Weiterbildung an stationären Einrichtungen spezifisch für Anwärtler des Hausarztberufes kaum Literatur zu finden.

Ziel. Das Ziel dieser Studie ist die Untersuchung der stationären Weiterbildung von zukünftigen Hausärzten an chirurgischen und medizinischen Kliniken der Kantone Bern und Zürich aus Sicht der Assistenzärzte als Grundlage für systematische Verbesserungsvorschläge in der stationären Weiterbildungsphase zum Hausarzt.

Methoden. Semiquantitativer Fragebogen, im August 2009 postalisch versandt an Assistenzärzte in chirurgischen und medizinischen Kliniken der Kantone Bern und Zürich, deren Chefärzte an der Vorstudie³ teilgenommen haben. Ein schriftlicher Reminder folgte nach rund einem Monat.

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verzichte ich im folgenden Text auf die Verwendung beider Geschlechtsformen. Das weibliche Geschlecht ist in der männlichen Form stets als gleichwertig mit eingeschlossen.

2 Als Hausärzte bzw. Grundversorger werden diejenigen Personen beschrieben, die über den FMH-Titel Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Pädiatrie verfügen und in einer Hausarztpraxis tätig sind.

3 Studie des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Zürich (IHAMZ) zur Weiterbildungsqualität zukünftiger Hausärzte an stationären chirurgischen und internistischen Weiterbildungsstätten der Kantone Bern und Zürich aus Sicht der Chefärzte.

Resultate. Es konnte eine Rücklaufquote von 318 beantworteten Fragebogen (62.4%) erzielt werden. Bei der Frage, ob sich die Assistenzärzte eine zukünftige Hausarztstätigkeit vorstellen können, antworteten 55% der Studienteilnehmenden mit „nein“ (n=174), 23% mit „vielleicht“ (n=73) und 22% mit „ja“ (n=71). Somit erwogen 45% (n=144) der Studienteilnehmenden eine spätere Grundversorgertätigkeit. Zu gleichen Teilen haben sich diese bereits *vor* oder aber erst *während* der Weiterbildungszeit für eine mögliche zukünftige Hausarztstätigkeit entschieden.

In der klinikzentrierten Weiterbildung zum Hausarzt haben sich Lücken feststellen lassen, wie etwa die meist fehlende Besprechung von hausarztspezifischen Lernzielen mit den Vorgesetzten, ein zu seltener gezielter praxisrelevanter Einsatz angehender Hausärzte, ein lückenhafter Informationsfluss betreffend Hausarztnetzwerke, Mentoringprogramme etc. sowie ein ungedecktes Bedürfnis, an einem Praxisassistenzprogramm teilnehmen zu können sowie ein Hausärztecriculum angeboten zu bekommen.

Diskussion. Viele Anwärtler des Hausarztberufs fühlten sich in gewissen Bereichen in ihrem Berufsziel an den stationären Weiterbildungsstätten zu wenig unterstützt. Ihnen fehlte - im Vergleich zu ihren Kollegen, die eine Spezialisierung anstreben - eine strukturierte und zielgerichtete Weiterbildung.

Die Studie zeigte einige relevante Mängel auf, die zukünftige Hausärzte in der Weiterbildungsphase in stationären Einrichtungen zu spüren bekommen. Auf der anderen Seite macht sie damit auf ein vorhandenes Potential aufmerksam, wie Anwärtler des Hausarztberufs an stationären Weiterbildungsstellen besser auf ihr späteres Berufsfeld vorbereitet werden können. Eine Verbesserung in der Weiterbildung zum Hausarzt ist gerade deshalb von grosser Relevanz, weil sich – wie in der vorliegenden Studie festgestellt – eine Vielzahl der potentiellen zukünftigen Hausärzte noch *während* der Weiterbildungszeit für die Möglichkeit einer späteren Grundversorgertätigkeit entscheidet.

2. Einleitung

Mehr als die Hälfte der in der Schweiz ausgebildeten Hausärzte, die eine Praxis eröffnen, hat zuvor noch nie selber in einer Praxis gearbeitet [1]; denn im Unterschied zu den meisten europäischen Ländern findet in der Schweiz die Weiterbildung zukünftiger Grundversorger (FMH Allgemeinmedizin, FMH Innere Medizin – neu FMH allgemeine Innere Medizin – und Pädiatrie) noch immer zum grössten Teil in Spitälern statt [2]. In den Niederlanden, Belgien und Frankreich zum Beispiel können angehende Hausärzte das „Know-how“ für ihre spätere Hausarztstätigkeit in klar strukturierten Weiterbildungsprogrammen erwerben – und dies vornehmlich in dafür akkreditierten Ambulatorien und Grundversorgerpraxen [3-5]. So gelingt es Ländern mit staatlichem Gesundheitswesen wie Skandinavien, den Niederlanden und Grossbritannien, die Zahl der Hausarztanwärter bei einem relativ konstanten Anteil von rund 25% pro Jahrgang zu halten [6-9]. In der Schweiz entscheiden sich gegen Ende des Medizinstudiums nur etwa 10% der Studierenden für das Berufsziel Hausarzt [10], was den Bedarf bei weitem nicht deckt. Daher muss die Hausarztmedizin gestärkt werden, u. a. durch eine spezifischere Weiterbildungsphase. Da wir in dieser Studie jedoch hauptsächlich unsere *klinikzentrierte* Weiterbildung untersuchten, wird der Vergleich mit ausländischen Hausarztcurricula nicht ausführlicher thematisiert.

Das im Jahr 1998 vom Kollegium für Hausarztmedizin (KHM) initiierte Programm „Weiterbildung und Hausarztpraxen (Praxisassistenten)“ stellt eine wichtige Möglichkeit dar, die zukünftigen Hausärzte näher an ihre späteren Aufgabenbereiche heranzuführen. Schwierigkeiten der Finanzierung, eine fehlende kantonale Koordination und der Mangel an Lehrpraktikern verhindern bis heute, allen Anwärtern des Hausarztberufes eine Praxisassistentenstelle anbieten zu können. Statt dessen erhalten unsere zukünftigen Hausärzte ihre Weiterbildung an Kliniken – unter Chefärzten mit einem inhomogenen Wissensstand zur

Hausarztmedizin und zusammen mit Assistenzärzten, die eine Spezialisierung⁴ anstreben und damit oft gezieltere Förderung geniessen. Die sinkende Motivation, als Grundversorger tätig zu werden, und der sich abzeichnende Hausärztemangel [11-14] lösen in Fachkreisen grosse Diskussionen aus, wie der Hausarztberuf und der zugehörige Weiterbildungsweg in seiner Attraktivität gesteigert werden kann [15-17]. Ebenfalls fokussieren viele Publikationen der letzten Jahre auf das essentielle Thema der Praxisassistenten [18-20]. Hingegen liegen über die Qualität der Weiterbildung an stationären Einrichtungen im Hinblick auf eine spätere Hausarztstätigkeit für die Schweiz bisher keine Studienergebnisse vor. Die von der FMH jährlich durchgeführte gesamtschweizerische Befragung der Assistenzärzte [2] erhebt zwar wichtige Informationen über die Weiterbildungsqualität an den Schweizer Spitälern, erlaubt jedoch keine spezifischen Rückschlüsse auf die Qualität der Weiterbildung zukünftiger Hausärzte. Im Rahmen einer Vorstudie hat das Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich (IHAMZ) Chefärzte chirurgischer und medizinischer Kliniken der Kantone Bern und Zürich nach ihrer Sichtweise über die an ihren Kliniken herrschende Weiterbildungsqualität für Anwärter des Hausarztberufs befragt [21]. In einem semiquantitativen Fragebogen wurden die Chefärzte gebeten, Angaben zu ihrer Weiterbildungsstätte und deren Weiterbildungsprogramm zu machen und die Art und Weise zu beschreiben, wie sie Anwärter des Hausarztberufs auf ihre späteren Aufgabenbereiche vorbereiten. Mit dem Ziel, die stationäre Weiterbildungsqualität von zukünftigen Hausärzten erfassen und Verbesserungspotential erkennen zu können, befasst sich die hier vorliegende Studie mit derselben Fragestellung wie die Vorstudie, diesmal aber aus dem Blickwinkel der Assistenzärzte.

4 Eine Spezialisierung beschreibt eine Gruppe von Facharzttiteln, die weder den Titel FMH Allgemeinmedizin, noch FMH Innere Medizin oder Pädiatrie beinhaltet und deren zukünftige Fachärzte somit nicht zur Aufnahme einer Praxistätigkeit als Hausärzte qualifiziert.

3. Methodik

3.1 Studiendesign

3.1.1 Stichprobe

Im August 2009 wurde durch das Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich ein achtseitiger, 39 Items umfassender semiquantitativer Fragebogen mit frankiertem Rückantwortkuvert versandt. Als Adressaten galten all jene Assistenzärzte medizinischer und chirurgischer Kliniken der Kantone Bern und Zürich, deren Chefärzte an der Vorstudie teilgenommen hatten [21]. Insgesamt 535 Assistenzärzte an 42 Kliniken in den Kantonen Zürich und Bern wurden zur Studienteilnahme eingeladen. 167 Fragebogen (31.2%) wurden an Assistenzärzte im Kanton Bern und 368 Fragebogen (68.8%) an Assistenzärzte im Kanton Zürich verschickt. Die personalisierten Fragebogen wurden an die jeweiligen Kliniken versandt, mit der Bitte, sie den betreffenden Assistenzärzten auszuhändigen. Im Kanton Bern verteilten sich die Fragebogen auf 76 chirurgisch und 91 internistisch tätige Assistenzärzte, während im Kanton Zürich 91 Assistenzärzte der Chirurgie und 277 der Inneren Medizin einen Fragebogen erhielten.

Anmerkung:

Die Unterschiede in den Gruppengrössen kommen auf Grund des vorgängig definierten Kriteriums zustande, dass in die vorliegende Studie nur Assistenzärzte von Kliniken eingeschlossen werden, deren Chefärzte an der Vorstudie teilgenommen hatten.

Das Einholen der Angaben für die persönliche Anschrift der Assistenzärzte fand in den Monaten Juni und Juli 2009 statt. Bis zum Versand der anonymisierten⁵ Fragebogen Mitte August 2009 verstrichen mindestens sechs Wochen. Auf Grund der entstandenen Zeitspanne zwischen Erfragen der Namen und postalischem Versand der Fragebogen musste eine geringe Fluktuationsrate bezüglich zwischenzeitlichem Arbeitsstellenwechsel der angeschriebenen Assistenzärzte in Kauf genommen werden.

Ein schriftlicher Reminder wurde nach rund einem Monat, im September 2009, an all diejenigen versandt, deren Fragebogen bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht eingegangen war.

Mitte November 2009 wurde der Rücklauf abgeschlossen und mit der Fragebogen-Auswertung begonnen.

5 Die auf Anfrage bei den Kliniken eingeholten Namenslisten der Assistenzärzte wurden mittels Codenummern anonymisiert und in einer Excel-Datei verwaltet. Somit sind die retournierten Fragebogen nur per Code identifizierbar, und die Anonymität der Befragten ist gewährleistet.

3.1.2 Fragebogen

Bei der Fragebogenentwicklung stützten wir uns auf den für die Chefarzt-Studie verwendeten Fragebogen. Die Fragen und Antwortmöglichkeiten in den 8 Abschnitten wurden dabei auf die Situation der Assistenzärzte adaptiert und anschliessend mit 5 Ärztinnen und Ärzten pilotiert.

Auf der Frontseite wurden die Studienteilnehmenden darum gebeten, Alter, Geschlecht, das Jahr des Staatsexamensabschlusses und die Universität, an der sie studiert hatten, sowie das aktuelle Weiterbildungsjahr, die Tätigkeitsdauer am betreffenden Spital und den angestrebten FMH-Titel anzugeben. Die anschliessende Einstiegsfrage richtete sich an alle angeschriebenen Assistenzärzte, wobei zu beantworten war, ob sich der einzelne Jungarzt eine zukünftige Tätigkeit als Hausarzt vorstellen könne. Zur Auswahl standen die Antworten „nein“, „ja“ und „vielleicht“. Für jene Assistenzärzte, die den Wunsch einer späteren Hausarztstätigkeit verneinten, war die Befragung hiermit abgeschlossen. Die mit „ja“ oder „vielleicht“ Antwortenden wurden gebeten, den gesamten Fragebogen auszufüllen (siehe unter 4.1, Abb. 1).

Die 38 Fragen, welche an die potentiellen zukünftigen Hausärzte gerichtet wurden, umfassten zum Teil in Unterkategorien die Themen Berufswahl, Informationen zur Klinik/Abteilung, Unterstützung im Berufsziel und Lernziele in der Hausarztmedizin, hausarztspezifische Weiterbildung bzw. Fortbildung, Einsatz von zukünftigen Hausärzten in der Klinik/Abteilung, Kontakt der Assistenzärzte zu den niedergelassenen Hausärzten, Kontakt der zukünftigen Hausärzte zu Assistenzärzten mit demselben Berufsziel sowie Wünsche und Verbesserungsvorschläge.

Nebst offenen Fragen, die mit Freitext zu beantworten waren, konnten bei einigen Fragen aus einer aufgelisteten Auswahl Einfach- bzw. Mehrfachantworten gewählt werden. Der am häufigsten vertretene Fragetyp bietet eine 5-Punkte Likert-Skala⁶ an.

Im Begleitschreiben, welches an alle Assistenzärzte gerichtet war, wurde für das Beantworten des gesamten Fragebogens eine Bearbeitungszeit von zirka 15 Minuten angegeben, jedoch weniger als fünf Minuten , wenn eine künftige Hausarztztätigkeit ausgeschlossen wurde.

6 Nach dem amerikanischen Psychologen Rensis Likert benanntes eindimensionales Skalierungsverfahren zur Messung von persönlichen Einstellungen.

Die Studienteilnehmenden können in der vorliegenden Studie für ihre Zustimmung bzw. Verneinung aus den Antwortmöglichkeiten „ja“, „eher ja“, „ich weiss es nicht“, „eher nein“ oder „nein“ eine Auswahl treffen. Zusätzlich findet sich die Antwortmöglichkeit „keine Angabe“.

3.2 Inhaltsanalyse und statistische Auswertungen

3.2.1 Deskriptive Auswertungen

Die Erfassung und Verwaltung der Daten erfolgten mittels Microsoft Office Excel Version 2003. Berechnungen von Summen, Mittelwerten, Ranges (Bereichen) und Prozentzahlen erlaubten es, deskriptive Aussagen zu den Studienteilnehmenden und deren Antwortverhalten zu treffen sowie diese in einem weiteren Schritt in graphischen Darstellungen visualisieren zu können.

3.2.2 Statistische Berechnungen

Für die statistischen Analysen wurde das Programm STATA, Version 10.1., eingesetzt. Zur Verifizierung der Hypothesen wurden die Daten je nach Stichproben und den zu untersuchenden Prädiktoren und Outcomes mittels Chi-Squared-Test, Mann-Whithney-U-Test, Logistic regression und Oneway-ANOVA analysiert. So wurde zum Beispiel der Einfluss des Geschlechts auf die Entscheidung einer möglichen zukünftigen Hausarztstätigkeit mittels Chi-Squared-Test untersucht. Mit demselben statistischen Verfahren galt es, die Grösse der beteiligten internistischen und chirurgischen Kliniken („Departementsgrösse“) als Prädiktor für die Wahl des Weiterbildungsziels Hausarzt zu analysieren. Da bezüglich einer potentiellen späteren Hausarztstätigkeit eine Assoziation zwischen dem Weiterbildungsstand (Anzahl Weiterbildungsjahre) und den Departementsgrössen vermutet werden konnte, kam mit der Berechnung der Logistischen Regression eine multivariable Analyse zum Einsatz. Der nicht-parametrische Mann-Whithney-U-Test diente zur Untersuchung des Weiterbildungsstands als Einflussparameter auf den Entscheid, Hausarzt zu werden. Die Frage, ob die Departementsgrösse den Fragebogenrücklauf beeinflusst hatte, liess sich mit einer univariaten Varianzanalyse (oneway ANOVA) klären. Ergänzt durch den Bartlett's Test konnte zwischen und innerhalb der Gruppen auf einen möglichen relevanten Effekt geprüft werden.

Die Null-Hypothese wurde bei einem p-Wert >0.05 verworfen und ein p-Wert <0.05 somit als statistisch signifikant definiert.

3.2.3 Inhaltsanalyse offener Fragen

Die auf offene Fragen gewonnenen Antworten wurden auf ihre Inhalte analysiert und nach dem Prinzip der Induktion gebildeten Kategorien zugeordnet. Auf diese Weise konnten inhaltsnahe Antworten zu Gruppen zusammengefasst und die Antworthäufigkeit quantifiziert werden.

4. Resultate

4.1 Rücklaufquote

Die Verhältnisse zum Fragebogenrücklauf werden aus Abbildung 1 ersichtlich:

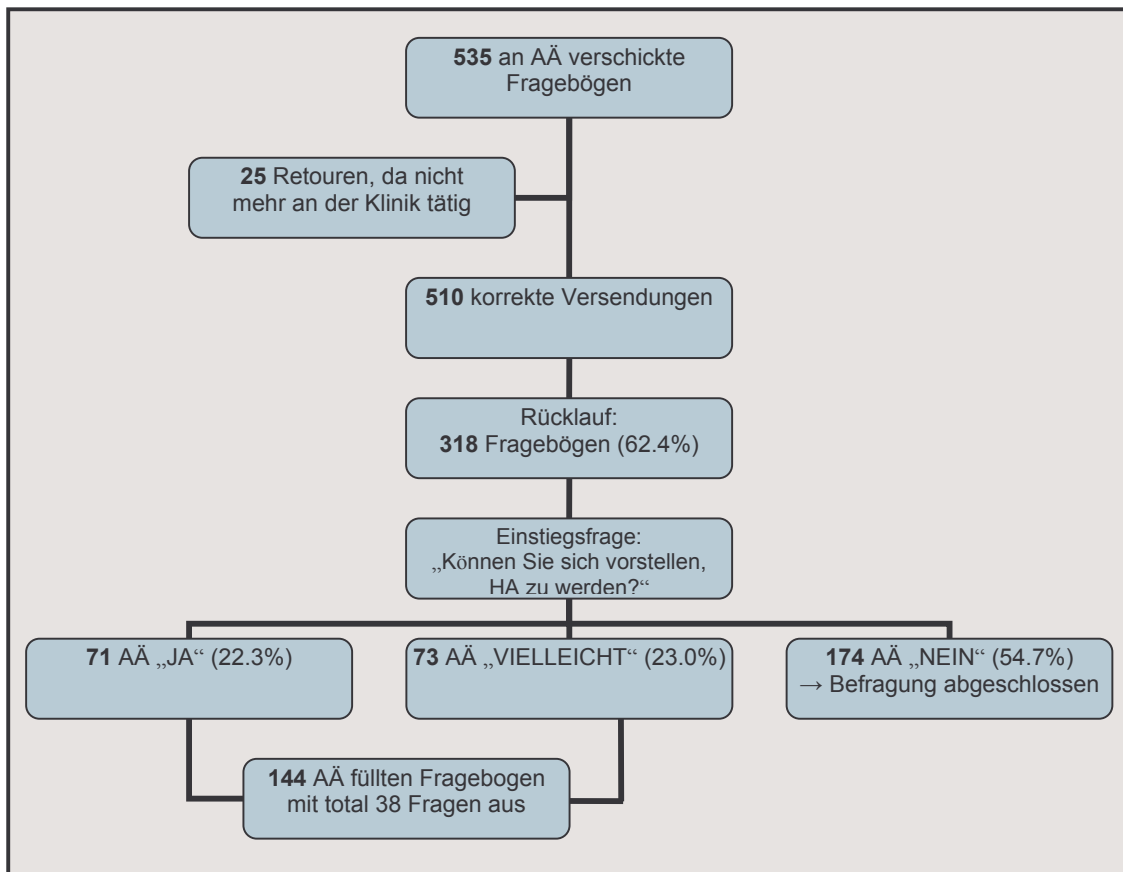


Abbildung 1: Studyflow (AÄ = Assistenzärzte, HA = Hausarzt)

Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Zürich

Nach einem schriftlichen Reminder konnten bei einem Rücklauf von 318 (62.35%) beantworteten Fragebogen 192 (60.38%) weibliche und 126 (39.62%) männliche Assistenzärzte in die Datenauswertung eingeschlossen werden. 105 (62.35%) der 318 beantworteten Fragebogen stammten aus Kli-

niken des Kantons Bern, während 213 (57.88%) aus dem Kanton Zürich stammten. (Tab. 1)

	Versendete Fragebogen	Rücklauf beantworteter Fragebogen	%
Total	*510	318	62.35
Kanton Bern	167	105	62.87
Kanton Zürich	368	213	57.88
* Total versendete Fragebogen: N=535. Davon 25 Adressaten als 'nicht mehr an Klinik tätig' rückgemeldet → N _{korrigiert} = 510			

Tabelle 1: Rücklaufquote versandter Fragebogen

4.2 Demographische Daten

Die Auswertung aller beantworteter Fragebogen (N=318) zeigte eine Geschlechterverteilung von 192 (60.38%) Assistenzärztinnen zu 126 (39.62%) Assistenzärzten.

Die Altersverteilung lag zwischen 25 und 48 Jahren. Davon waren - bei einem Mittelwert von 29.9 Jahren - 50% zwischen 28 und 32 Jahre alt (IQR). In einem Fall war die Altersangabe unleserlich; bei zwei Assistenzärzten fehlte sie ganz.

Anmerkung:

Für nachfolgende fettgedruckte Überschriften wurden die auf dem Fragebogen verwendeten Titel übernommen und die Reihenfolge der auf diese Weise thematisch geordneten Fragenblöcke weitgehend eingehalten.

4.3 Allgemeine Informationen

4.3.1 Zukünftige Tätigkeit als Hausarzt

Die an alle Studienteilnehmenden gerichtete Frage, ob sie sich eine zukünftige Tätigkeit als Hausarzt vorstellen könnten, wurde von 169 Personen (53.14%) mit „nein“ und von 143 (44.97%) mit „ja“ bzw. „vielleicht“ beantwortet, davon 71 (49.65%) Ja- zu 72 (50.35%) Vielleicht-Stimmen. Im folgenden wird von den Kategorien „nein“, „ja“ und „vielleicht“ gesprochen.

Fünf Assistenzärzte haben sich zu dieser Einstiegsfrage nicht geäußert und ausser ihren demographischen Angaben die weiteren 38 Fragen nicht beantwortet. Für deskriptive Analysen der vorhandenen Angaben wurden sie der Kategorie „nein“ zugeordnet. Von einer Person lag ein vollständig ausgefüllter Fragebogen vor, ohne dass die oben genannte Einstiegsfrage beantwortet wurde. Aus dem Antwortverhalten dieser Person war jedoch abzuleiten, dass sie sich eine spätere Hausarztztätigkeit vorstellen könnte. Zur deskriptiven Darstellung der geleisteten Angaben teilten wir diesen Fragebogen der Kategorie „vielleicht“ zu. (Abb. 2)

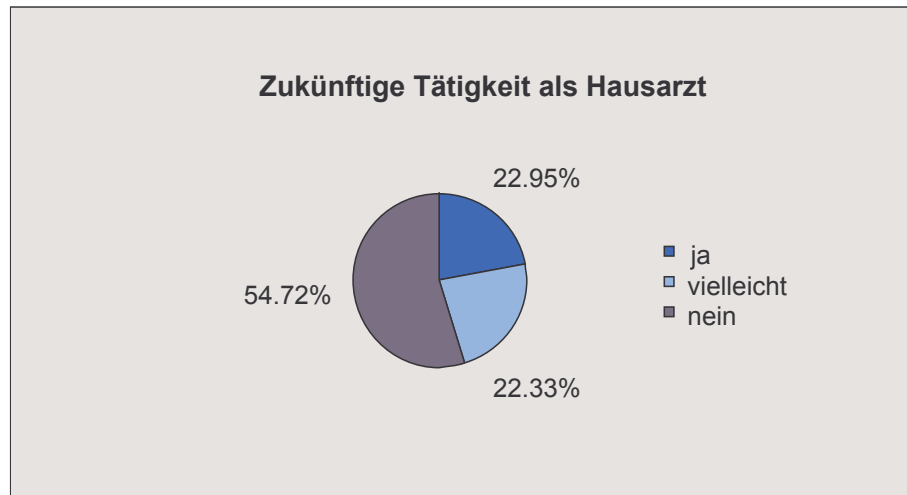


Abbildung 2: Antworten auf die Frage „Können Sie sich eine zukünftige Hausarztstätigkeit vorstellen?“

Als Grundlage der deskriptiven Analyse dienten somit die in Tabelle 2 unter „N deskriptive Analysen“ aufgelisteten Kategoriegrößen. Die Antworten der sechs Assistenzärzte, welche sich nicht zur Frage nach einer zukünftigen Hausarztstätigkeit geäußert hatten, fanden in den statistischen Berechnungen keine Berücksichtigung. Damit haben wir für die statistischen Analysen eine möglichst unverzerrte Basis geschaffen (Tab. 2, „N statistische Berechnungen“).

Anzahl Fragebogen	Total	Ja ¹⁾	Vielleicht ¹⁾	Nein ¹⁾
N deskriptive Analysen	318 (100%)	71 (22.33%)	73 (22.95%)	174 (54.72%)
N statistische Berechnungen	312 ²⁾ (100%)	71 (22.75%)	72 (23.08%)	169 (54.17%)
¹⁾ Antwort auf die Frage „Können Sie sich eine zukünftige Tätigkeit als Hausarzt vorstellen?“ ²⁾ 312 statistisch analysierte Fragebogen entsprechen 98.11% der 318 deskriptiv analysierten Fragebogen				

Tabelle 2: Zahlengrundlagen der deskriptiven und statistischen Analysen

Die relativen Zahlen zum Entschluss, eine zukünftige Grundversorgertätigkeit in Erwägung zu ziehen oder zu verneinen, zeigen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede auf (Tab. 3/Abb. 3). Auch die statistische Analyse mittels Chi-Squared-Test wies bei einem p-Wert von 0.921 keinen Einfluss des Geschlechts nach, was die Wahl des Berufsziels Hausarzt betrifft.

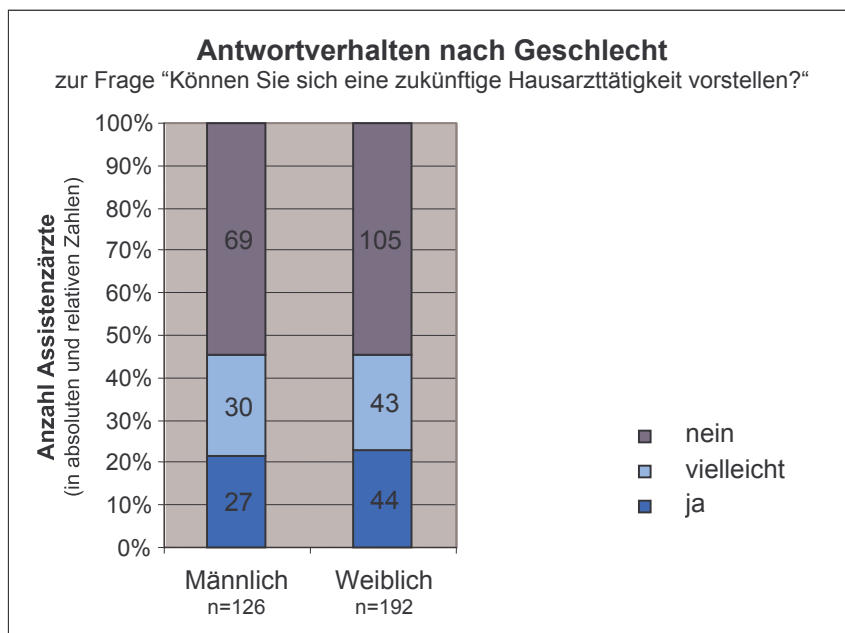


Abbildung 3: Geschlechtsspezifische Darstellung des Antwortverhaltens zur Frage nach einer möglichen späteren Hausarztztätigkeit

Geschlecht	Total	Ja*	Vielleicht*	Nein*
weiblich	192 (60.38%)	44 (61.97%)	43 (58.90%)	105 (60.34%)
männlich	126 (39.62%)	27 (38.03%)	30 (41.10%)	69 (39.66%)
	318 (100%)	71 (100%)	73 (100%)	174 (100%)
* Antwort auf die Frage „Können Sie sich eine zukünftige Tätigkeit als Hausarzt vorstellen?“				

Tabelle 3: Geschlechtsspezifische Darstellung des Antwortverhaltens zur Frage nach einer möglichen späteren Hausarztztätigkeit

4.3.2 Universität/Studienort

Der grösste Anteil aller Studienteilnehmenden hat an den Universitäten in Zürich (111, 34.91%), Bern (81, 25.47%) oder in Deutschland (87, 27.36%) studiert. Eine kleinere Anzahl Assistenzärzte absolvierte ihr Studium an der Universität Basel (24, 7.55%) und als deutliche Minderheit fielen Absolventen der

Universitäten Lausanne (4, 1.26%) und Genf (1, 0.31%) sowie von österreichischen Universitäten (6, 1.89%) auf. (Abb. 4)

Während bei drei Assistenzärzten die Universitätsstadt zwar nicht deklariert, die Lage des Studienorts aber als in Deutschland befindlich beschrieben wurde, fehlt bei vier Assistenzärzten (1.26%) die Angabe zum Studienort ganz.

39 (27.08%) der Studienteilnehmenden der Kategorien „ja“ und „vielleicht“ haben ihr Arztdiplom im Ausland erworben (davon 35 (24.30%) in Deutschland und 4 (2.78%) in Österreich). Innerhalb der gesamten Studienpopulation, lag die Zahl von Assistenzärzten mit ausländischem Arztdiplom bei 93 (29.25%).

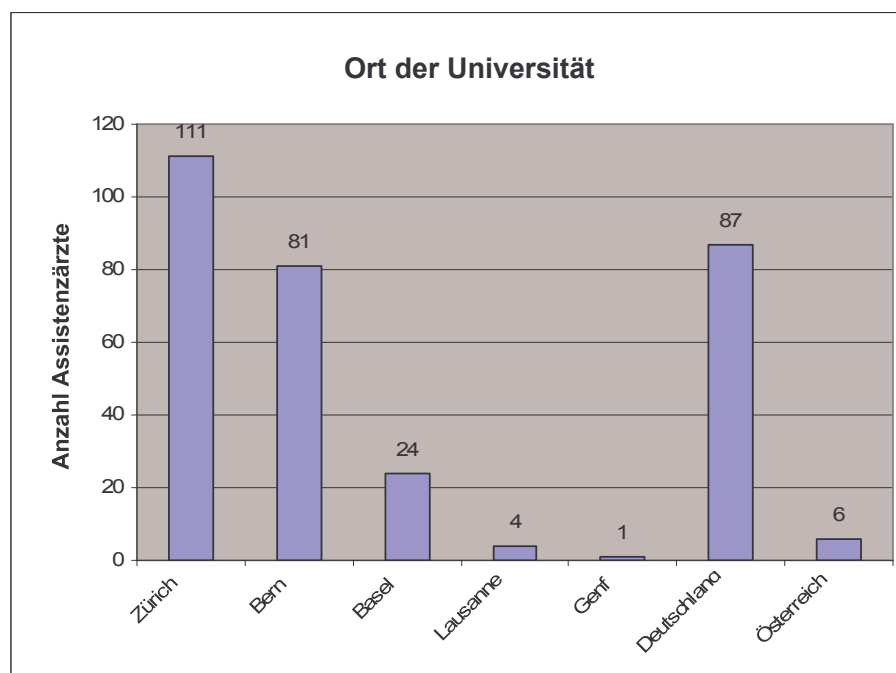


Abbildung 4: Verteilung der Studienteilnehmenden auf den Ort ihrer Universität

4.3.3 Weiterbildungsjahr

Alle Studienteilnehmenden wurden aufgefordert, den Stand ihrer Weiterbildung als Assistenzarzt (in Anzahl Jahren) anzugeben. Drei Assistenzärzte haben sich zu ihrem Weiterbildungsjahr nicht geäußert.

Der Mittelwert für alle Studienteilnehmenden lag bei 2.7 Weiterbildungsjahren mit einer Verteilung von 1 – 8 Weiterbildungsjahren. In der Antwortkategorie „nein“ zeigte sich ein Mittelwert von 2.5, für die Kategorie „ja“ von 3.1 und für die Kategorie „vielleicht“ von 2.9 Weiterbildungsjahren.

Der Median betrug in der Kategorie „ja + vielleicht“ 3, derjenige der Kategorie „nein“ 2 Weiterbildungsjahre. Studienteilnehmende, welche sich eine zukünftige Hausarztstätigkeit vorstellen können, waren somit in ihrer Weiterbildung im Durchschnitt ein Jahr weiter fortgeschritten als ihre Kollegen, die eine Spezialisierung anstreben.

Bei nicht gegebener Normalverteilung der Variable ‚Weiterbildungsjahre‘ resultierte, berechnet mittels Mann-Whitney-U-Test, ein knapp signifikanter ($p=0.0419$) Einfluss des Weiterbildungsjahrs auf die Wahl des Berufsziels Hausarzt. Der Overall-Effekt zwischen dem Weiterbildungsstand und einer späteren Hausarztstätigkeit stellte sich jedoch nicht als linearer Trend dar, sondern im Sinne eines Cut-off-Phänomens im Übergang vom vierten zu den höheren Weiterbildungsjahren. So zeigte ein Chi-Squared-Test mit einem p-Wert von 0.028 während des 5. bis 8. Weiterbildungsjahrs im Vergleich zu den ersten vier Weiterbildungsjahren eine signifikante Zunahme des Anteils derjenigen mit dem Berufsziel Hausarzt. Dieses Cut-off-Phänomen bestätigte sich mit Hilfe der Logistischen Regression, deren Berechnung einzig zwischen den Weiterbildungsjahren 5 bis 8 versus dem ersten Weiterbildungsjahr einen signifikanten Unterschied ($p=0.015$) aufwies.

Die Wahrscheinlichkeit, eine Hausarztstätigkeit anzustreben, war somit im letzten Abschnitt der Weiterbildungsphase (5.-8. Weiterbildungsjahr) im Vergleich zum Beginn der Weiterbildung (1. Weiterbildungsjahr) 2.3 mal höher (Odds ratio 2.3).

4.3.4 Angestrebter Facharzttitel

Von den 318 Studienteilnehmenden nannten 292 (91.82%) einen oder mehrere angestrebte Facharzttitel. 24 (7.55%) gaben an, ihren FMH-Zieltitel zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht zu wissen; davon gehörten 14 zur Kategorie „vielleicht“ und 10 zur Kategorie „nein“.

Zwei Assistenzärzte (0.63%) machten keinerlei Angaben.

Von den 174 Studienteilnehmenden in der Kategorie „nein“ deklarierten 163 (93.68%) den angestrebten Facharzttitel.

Von den 71 Assistenzärzten der Kategorie „ja“ nannten 70 (98.59%) ihren FMH-Zieltitel; von einer Person (1.41%) fehlten jegliche Angaben.

Von den 73 Jungärzten der Kategorie „vielleicht“ deklarierten lediglich 59 (80.82%) ihren angestrebten FMH-Titel. Die anderen 14 (19.18%) wussten diesen noch nicht.

4.3.5 Einfluss der Departementsgrösse und des Weiterbildungsstands auf die Wahl des Weiterbildungsziels Hausarzt

Im Hinblick auf die Durchführung statistischer Analysen erfolgte eine Grössen-kategorisierung der an der Studie beteiligten chirurgischen und internistischen Kliniken. Anhand der Anzahl beschäftigter Assistenzärzte der jeweiligen Klinik-abteilungen resultierte für jede Abteilung eine Einteilung in eine der vier Quartilen ,Departementsgrösse 1–4‘.

Die Durchführung eines Chi-Squared-Tests ergab mit einem p-Wert von 0.045 eine knapp signifikante Beziehung zwischen den Departementsgrössen und dem Berufsziel Hausarzt. Es zeigte sich, dass Assistenzärzte an kleinen Departementen häufiger das Ziel verfolgen, Grundversorger zu werden.

Die bivariate Betrachtung von Departementsgrösse und Berufsziel Hausarzt schloss den Stand der Weiterbildung (Anzahl absolvierter Weiterbildungsjahre) nicht mit ein. Da dieser jedoch als Confounder („Störfaktor“) angenommen werden musste, führten wir eine multivariable Analyse durch. In der Logisti-

schen Regression bestätigte sich, dass Departementsgrösse und Weiterbildungsstand mit dem Weiterbildungsziel Hausarztmedizin verknüpft sind. Dabei war der Weiterbildungsstand - auch korrigiert für die Variable Departementsgrösse - weiterhin signifikant mit einer potentiellen späteren Hausarztstätigkeit assoziiert. Für die Kategorie ‚Weiterbildungsjahre 5 bis 8‘ (Referenz: Erstes Weiterbildungsjahr) erreichte der p-Wert 0.013; die Odds Ratio betrug 2.8. Mit der Erkenntnis, dass die Departementsgrösse mit einer späteren Hausarztstätigkeit negativ assoziiert ist, liess sich folgendes zeigen: Am Ende der Weiterbildung (5. – 8. Weiterbildungsjahr) in kleinen Kliniken zu sein, ist assoziiert mit einer hohen Wahrscheinlichkeit eine Hausarztstätigkeit aufzunehmen.

Um einen verzerrenden Einfluss der Departementsgrösse auf die Fragebogenrücklaufquote ausschliessen zu können, wurde eine univariate Varianzanalyse (oneway ANOVA) durchgeführt. Die Departementsgrösse resultierte dabei als unabhängige Variable. Zwischen den verschiedenen Grössen der Kliniken und deren Fragebogenrücklauf gab es demzufolge in der vorliegenden Studie keinen signifikanten Zusammenhang.

Zusammenfassend liess sich feststellen, dass sowohl die Departementsgrösse als auch der Weiterbildungsstand mit der Wahl des Berufsziels Hausarzt assoziiert war. Überdies stellte sich der Stand der Weiterbildung auch als unabhängiger Prädiktor für die zukünftige Aufnahme einer Grundversorgertätigkeit dar.

Anmerkung:

Die folgenden deskriptiven und statistischen Analysen beziehen sich nur auf diejenigen Assistenzärzte, welche die Einstiegsfrage „Können Sie sich eine zukünftige Hausarztztätigkeit vorstellen?“ mit „ja“ oder „vielleicht“ beantwortet haben ($n_{\text{deskriptive Analysen}}=144$, $n_{\text{statistische Berechnungen}}=143$).

Die Einladung zur Beantwortung der weiteren 38 Fragen richtete sich nur noch an die oben genannten Jungärzte und nicht mehr an die 174 Studienteilnehmenden der Kategorie „nein“.

4.4 Berufswahl Hausarztmedizin

4.4.1 Beweggründe für eine spätere Hausarztztätigkeit

Mit einer Auswahl von Antworten, ergänzt durch Zeilen für Freitext, wurde nach den Beweggründen für eine zukünftige Tätigkeit in der Grundversorgung gefragt.

85 (59.03%) der potentiellen Anwärter eines Grundversorgerfacharztstitels gaben mehrere Motive für die Wahl ihres Berufsziels an. Jeder Befragte deklarierete durchschnittlich 1.8 Gründe für eine zukünftige Hausarztztätigkeit. Als häufigsten Beweggrund nannten 86 (60.56%) der Studienteilnehmenden (unter anderem) ihr Fachinteresse für die Hausarztmedizin. 47 (33.10%) der potentiellen Hausarztanwärter wurden durch die Erfahrung als Student in einer Vorlesung oder Hausarztpraxis motiviert, dieses Weiterbildungsziel zu wählen. Erfahrungen mit dem eigenen Hausarzt bewogen 30 (21.13%) Jungärzte zu diesem Berufsziel. Kontakt mit der Hausarztmedizin durch in diesem Berufsfeld tätige Familienangehörige führte bei 26 (18.31%) Assistenzärzten dazu, möglicherweise denselben Beruf anstreben zu wollen. Politische und ökonomische Interessen waren in geringstem Masse (23 Befragte, 16.20%) Grund, den Hausarztberuf anzustreben.

In den Kategorien „ja“ und „vielleicht“ fügten 41 (28.47%) der Assistenzärzte unter der Rubrik „anderes“ Freitext hinzu. Gehäuft wurden darin die langjährige Patientenbetreuung und der persönliche Patientenkontakt genannt. Wiederholt wurde das breite medizinische Spektrum und damit die Vielseitigkeit sowie die Selbständigkeit und Flexibilität im Grundversorgerberuf positiv bewertet und als Anreiz für eine zukünftige Hausarztztätigkeit beschrieben. Des weiteren sahen Studienteilnehmende im Grundversorgerberuf die Möglichkeit, in einer Teilzeitanstellung Familie und Beruf vereinbaren zu können.

4.4.2 Entscheidungszeitpunkt

Von den 144 potentiellen Anwärtern des Hausarztberufs liegen zur Frage nach dem Zeitpunkt des Berufsentscheids 114 (79.17%) valide Antworten vor: Neun (7.89%) haben sich vor Studienbeginn für dieses Berufsziel entschieden, 49 (42.98%) während des Studiums und 56 (49.12%) während der Weiterbildung (Tab. 4).

Aus 30 (20.83%) Antworten konnten keine Rückschlüsse auf den Entscheidungszeitpunkt gezogen werden, da die Angaben unvollständig waren (4, 2.78%), jegliche Antwort fehlte (5, 3.47%) oder die Freitext-Rubrik „anderes“ gewählt wurde (21, 14.58%) ohne Äusserungen zu einem Zeitpunkt zu machen. (Statt dessen betonten die Assistenzärzte in den 21 Freitext-Antworten, dass sie sich noch nicht definitiv für eine spätere Hausarztztätigkeit entschieden hätten.)

Entscheidungszeitpunkt		%*
vor dem Studium	n = 9	7.89
während des Studiums	n = 49	42.98
während der Weiterbildung	n = 56	49.12
* 100% entsprechen dem Total valider Antworten (N = 114)		

Tabelle 4: Zeitpunkt der Entscheidung, eine zukünftige Hausarztztätigkeit in Betracht zu ziehen

Somit fällt rund die Hälfte ihre Entscheidung vor oder während dem Studium (58, 50.87%). Die andere Hälfte der Befragten (56, 49.12%) traf ihre Entscheidung erst während der Weiterbildung. (Tab. 4, Abb. 5)

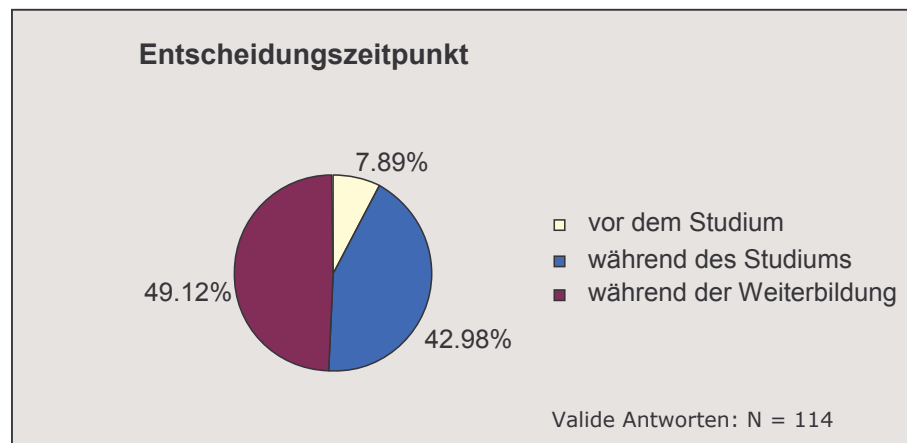


Abbildung 5: Zeitpunkt der Entscheidung, eine zukünftige Hausarztztätigkeit in Betracht zu ziehen

Zwischen den Antworten der Kategorie „ja“ und jenen der Kategorie „vielleicht“ fanden sich keine signifikanten Unterschiede. Das noch unsichere Berufsziel in der Kategorie „vielleicht“ liess sich auch in der Weiterbildungsphase in einer ähnlich grossen Anzahl wie während des Studiums feststellen (Tab. 5).

Entscheidungszeitpunkt	Ja*	Vielleicht*
vor dem Studium	6 (8.69%)	3 (6.67%)
während des Studiums	29 (42.03%)	20 (44.44%)
während der Weiterbildung	34 (49.28%)	22 (48.89%)
Valide Antworten N = 114	69 (100%)	45 (100%)
* Antwort auf die Frage „Können Sie sich eine zukünftige Hausarztztätigkeit vorstellen?“		

Tabelle 5: Entscheidungszeitpunkte in Gegenüberstellung zur Entschlossenheit („ja“ versus „vielleicht“) hinsichtlich des Berufsziels Hausarzt

Setzt man die 49 Assistenzärzte, die sich als Studenten für die Möglichkeit einer späteren Grundversorgertätigkeit entschieden haben ins Verhältnis zur gesamten Studienpopulation (N=318), so ergibt sich aus der Zeit des Studiums ein Anteil von 15.41% potentiell zukünftiger Hausärzte. Die 56 Jungärzte, welche sich während der Weiterbildungszeit entschieden haben, machen 17.61% der gesamten Studienpopulation aus.

4.5 Unterstützung im Berufsziel und Lernziele in der Hausarztmedizin

4.5.1 Bekanntgabe des Berufsziels

128 (88.89%) der potentiellen Anwärter eines Hausarztberufs gaben an, beim Bewerbungs- oder Antrittsgespräch nach ihrem Berufsziel gefragt worden zu sein.

Bei 120 (83.33%) Assistenzärzten erkundigte sich der Chefarzt nach dem Weiterbildungsziel. Leitende Ärzte orientierten sich bei 94 (66.67%), Oberärzte bei 79 (60.77%) Assistenzärzten über deren angestrebtes Berufsziel.

Bei Stellenantritt wurden 94 (66.67%) der Studienteilnehmenden durch ihre AssistenzarztKollegen nach dem Weiterbildungsziel gefragt.

9 (6.25%) der Studienteilnehmenden gaben den Kaderärzten ihr Berufsziel nicht bekannt. Hinter dieser Entscheidung standen Begründungen, wie „man habe es unterlassen, um nicht „abgestempelt“ zu werden - es sei unattraktiv, sich bei den Vorgesetzten als zukünftiger Hausarzt zu offenbaren“ und „durch die Bekanntgabe des Weiterbildungsziels Hausarzt würde man nicht mehr als Operationsassistentz eingeplant, selbst wenn der Wunsch bestünde, nebst Stationsarbeit auch in den chirurgischen Tätigkeitsbereich im Operationssaal Einblick zu gewinnen“.

5 (3.47%) der Befragten haben ihre AssistenzarztKollegen nicht über ihr Weiterbildungsziel informiert. Begründet wurde dies mehrheitlich damit, dass sie von den anderen Assistenzärzten nicht nach ihrem Berufsziel gefragt wurden.

In einem Fall lag diese Entscheidung darin, dass es auch unter den Assistenzärzten nicht attraktiv sei, sich als Anwärter auf den Hausarztberuf zu „outen“.

4.5.2 Besprechung von hausarztspezifischen Lernzielen

Auf die Frage, ob in der aktuellen Weiterbildungsstätte nach Bekanntgabe des Berufziels die Lernziele im Hinblick auf eine spätere Hausarztstätigkeit besprochen wurden, antworteten 34 (23.61%) der Befragten mit einer Bejahung (20 (58.82%) „eher ja“ und 14 (41.18%) „ja“). Mit 91 (63.19%) Assistenzärzten fand keine Besprechung grundversorgerspezifischer Lernziele statt. Von ihnen antworteten 52 (57.14%) mit „nein“ und 39 (42.86%) mit „eher nein“.

123 (85.42%) Befragte würde sich zur gezielten Vorbereitung auf den späteren Aufgabenbereich des Hausarztes auch in Fachgebieten wie der Inneren Medizin und Chirurgie einen detaillierten Lernzielkatalog wünschen.

9 (6.25%) Assistenzärzte gaben an, für sich selbst einen Lernzielkatalog ausgearbeitet zu haben.

4.5.3 Kommunikation als wichtiger Bestandteil hausärztlicher Tätigkeit

Gemäss 59 (40.97%) der befragten Assistenzärzte wurden von ihren Vorgesetzten Kommunikation und Kommunikationsskills als wichtiger Bestandteil des hausärztlichen Aufgabenbereichs angesehen und an den stationären Weiterbildungsstätten gelehrt. Von den übrigen Jungärzten verneinten 49 (34.03%), dass der Kommunikation als Lernziel die ihr zustehende Relevanz beigemessen werde. 24 (16.67%) Assistenzärzte antworteten, zur gestellten Frage wegen Unwissen keine Auskunft geben zu können. Dazu keine Angaben leisten wollten 11 (8.33%) Jungärzte.

Auf die offen gestellte Frage, wie Kommunikationsfähigkeiten in der aktuellen Weiterbildungsstelle gelehrt werden, lautete die Antwort in vier Fällen (13.33%), dass Kurse oder Kommunikationstrainings stattfinden würden. 11 (36.67%) Befragte erwähnten, dass im Beisein von Kaderärzten im Rahmen

von Patientenvorstellungen auf den Arztvisiten und bei Patienten- und Angehörigengesprächen auf das Erlernen von Kommunikationsfertigkeiten geachtet werde. Wegen fehlender Vermittlung von Kommunikationsskills antworteten 7 (23.33%) Assistenzärzte, dass sie hofften, sich diese Fähigkeiten durch autodidaktisches Lernen bzw. Learning-by-doing selbst aneignen zu können.

4.5.4 Unterstützung im Hinblick auf das Berufsziel Hausarzt

Eine Mehrheit von 86 (59.72%) der Befragten fühlte sich durch ihre Vorgesetzten in ihrem Berufsziel unterstützt.

58 (40.28%) der Assistenzärzte äusserten in der Folgefrage (mit Mehrfachantwortmöglichkeit), dass sich die Unterstützung in der Zurverfügungstellung freier Tage für Fortbildungen zeige. Die Option, eine Praxisassistenz bzw. Praxisvertretung leisten zu können, wurde von 37 (25.69%) Assistenzärzten genannt (das heisst von rund einem Viertel aller potentiellen Anwärtler eines Grundversorgerberufs). 48 (33.33%) Befragte fühlten sich unterstützt, weil sie in ihrer aktuellen Weiterbildungsstätte für praxisrelevante Tätigkeiten eingesetzt wurden.

17 (11.81%) Jungärzte erwähnten, dass sie nach der Nennung ihres Berufsziels negative Erfahrungen machen mussten. Desinteresse und Unverständnis gegenüber einer zukünftigen Hausarztstätigkeit sowie das Gefühl, dass Allgemeinmedizin etwas belächelt und der Fokus auf die fachspezifisch auszubildenden Assistenzärzte gerichtet werde, schien aber nur eine Minderheit der Hausarztanwärter zu betreffen. Denn 119 (82.64%) der Assistenzärzte gaben an, in der aktuellen Klinik nach Kommunikation ihres Berufsziels keine negativen Reaktionen erlebt zu haben.

Auf die Frage, ob gegenüber Arbeitskollegen, welche die Fachrichtung der betreffenden Klinik zum Berufsziel haben, eine Benachteiligung empfunden werde, antworteten 112 (77.78%) Assistenzärzte mit „nein“ oder „eher nein“. In 17 (11.81%) Fällen, in denen sich Hausarztanwärter gegenüber den anderen

Assistenzärzten der Abteilung benachteiligt fühlten, wurde beschrieben, dass mehr Stationsarbeit und Dienste zu leisten wären, die Förderung durch die Vorgesetzten geringer sei oder weniger Möglichkeiten bestünden, Wundversorgungen und kleine Eingriffe vornehmen zu können.

4.6 Weiterbildungen/Fortbildungen

69 (47.92%) der Befragten gaben an, dass in ihrer aktuellen Weiterbildungsstelle spezielle Fortbildungen für angehende Grundversorger angeboten werden, 70 (48.61%) verneinten die Existenz eines solchen Angebots. Fünf (3.47%) Assistenzärzte enthielten sich einer Angabe.

Die Folgefrage (mit Mehrfachantwortmöglichkeit) „Wie gestalten sich in ihrer Klinik solche Weiterbildungsveranstaltungen?“ war nur bei bejahter Vorfrage (n=69) zu beantworten. 65 (94.20%) wählten die Antwort „Interdisziplinäre Fortbildungen mit den Hausärzten“. „Praxisbesuche“ wurde nur von vier (2.78%) Assistenzärzten als vorhandenes Angebot markiert.

71 (49.31%) der Befragten wurden von ihren Vorgesetzten auf Kongresse der SGAM⁷, SGIM⁸, KHM⁹, WONCA¹⁰ etc. aufmerksam gemacht und für eine Teilnahme unterstützt; 61 (42.36%) Assistenzärzte verneinten dies. Nicht dazu geäußert haben sich 11 (7.64%) Jungärzte.

54 (37.5%) der angehenden Hausärzte haben bis zum Zeitpunkt dieser Befragung von ihren Vorgesetzten Hinweise auf Fachgesellschaften wie die KHM, SGAM, SGIM usw. erhalten, welche für Anwärter eines Grundversorgerberufs als essentielle Informationsquellen zur Verfügung stehen würden.

7 SGAM: Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin

8 SGIM: Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin

9 KHM: Kollegium für Hausarztmedizin

10 WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, *kurz*: World Organization of Family Doctors

Ob es zwischen den Anwärtern einer Spezialisierung in Chirurgie bzw. Innerer Medizin und den zukünftigen Hausärzten Unterschiede in der finanziellen Unterstützung für externe Weiterbildungen gibt, wussten 56 (38.89%) der Befragten nicht. 74 (51.39%) verneinten, dass Unterschiede in der Finanzierung von Fortbildungen gemacht werden. Lediglich acht (5.56%) der Befragten fühlten sich gegenüber ihren fachspezifisch auszubildenden Assistenzarztkollegen finanziell ungleich unterstützt. (Die verbleibenden sechs (4.16%) entfielen auf Enthaltungen bzw. fehlende Beantwortung dieser Frage.)

Die mangelnde Kenntnis über die finanzielle Unterstützung für Fortbildungen zeigte sich auch in der auffallend lückenhaften Beantwortung der Frage nach dem jährlich zur Verfügung gestellten Budget für externe Weiterbildungen. In vielen Fällen waren sich die Befragten selbst klinikintern über die Höhe und Anwendungsmöglichkeiten solcher Geldbeträge nicht einig. Defizitäres Wissen und wenig klinikinterne Übereinstimmung zeigte sich auch betreffend des Anteils bezahlter Arbeitstage für den Besuch externer Fortbildungen.

4.7 Einsatz von zukünftigen Hausärzten in der Klinik bzw. Abteilung

4.7.1 „Turnus/Einsatzplan“ für zukünftige Hausärzte

36 (25.00%) Befragte bejahten die Existenz eines speziellen „Turnus“ oder „Einsatzplans“ für angehende Grundversorger, 105 (72.92%) verneinten ein solches Angebot. Drei (2.08%) Jungärzte äusserten sich nicht dazu.

In den wenigen Kliniken in denen solche Rotationen zum Zeitpunkt der Studie angeboten wurden, handelte es sich gemäss den Befragten beispielsweise um Einsätze in Tätigkeitsbereichen wie der Notfallstation, Hausarztpraxen, Pflegezentren und Ambulatorien bzw. Polikliniken.

4.7.2 Praxisassistenzenprogramm

Über die Hälfte der Befragten (80, 55.56%) verneinte die Existenz eines Praxisassistenzenprogrammes an der aktuellen Weiterbildungsstätte. Weniger als ein Drittel der potentiellen Hausarztanwärter (44, 30.56%) konnte tatsächlich von einem solchen Angebot und damit von einem Einblick in die Tätigkeitsbereiche der Hausarztmedizin profitieren. Dies obwohl 105 (72.92%) der Befragten gerne an einem Praxisassistenzenprogramm teilnehmen würden.

4.8 Kontakt der Assistenzärzte zu den niedergelassenen Hausärzten

4.8.1 Kontaktaufnahme zu niedergelassenen Hausärzten

Wie die Frage (mit Mehrfachantwortmöglichkeit) zu den Verbindungen zwischen niedergelassenen Grundversorgern und Jungärzten zeigte, gestalteten sich Kontakte bei 139 (96.53%) der Assistenzärzte primär durch Patientenzuweisungen des Hausarztes. Weitere Kontaktaufnahmen waren bei 79 (54.86%) der Befragten im Rahmen von Hausarztfortbildungen im Spital möglich.

12 (8.33%) Jungärzte gaben an, durch das Angebot einer Praxisassistenzenstelle mit niedergelassenen Hausärzten in Kontakt getreten zu sein; eine Kontaktaufnahme durch eine Praxisferienvertretung gelang 15 (10.42%) Befragten. Aus drei der befragten Kliniken (Kanton BE: eine Klinik, Kanton ZH: zwei Kliniken) wurde über eine kontinuierliche Kontaktmöglichkeit zu Hausärzten berichtet, und zwar durch eine in den Spitalbetrieb integrierte Notfall(grundversorger)praxis.

4.8.2 Kontakt zu lokalen Hausärztenetzwerken und die Möglichkeit eines Mentorings durch einen erfahrenen Hausarzt

55 (38.19%) der Befragten fühlten sich von ihren Vorgesetzten unterstützt, Kontakt zu lokalen Hausärztenetzwerken zu suchen. Keine Unterstützung in dieser Hinsicht empfanden 75 (52.08%) der Jungärzte. 14 (9.72%) enthielten sich einer Antwort.

Aus der Frage, ob von der aktuellen Klinik oder einem lokalen Hausärztenetzwerk die Möglichkeit eines Mentorings durch einen erfahrenen Grundversorger angeboten wurde, ergab sich folgendes: Sieben (4.86%) der potentiellen Hausarztanwärter bejahten den Erhalt eines solchen Angebots, 123 (85.42%) verneinten die Option eines Mentorings.

Auf die Frage, ob sie über das Projekt „Mentoring Hausärzte Schweiz“ der SGAM, JHaS¹¹ und MWS¹² informiert worden waren, äusserten sich 128 (88.89%) Befragte mit „nein“ (117, 81.25%) bzw. „eher nein“ (11, 7.64%). Lediglich sechs (4.17%) Personen gaben an, bereits von diesem Projekt gehört zu haben.

11 JHaS: Junge Hausärzte Schweiz

12 MWS: Medical Women Switzerland

4.9 Kontakt der zukünftigen Hausärzte zu Assistenzärzten mit demselben Berufsziel

4.9.1 Organisation von Treffen für zukünftige Hausärzte

Gemäss 111 (77.08%) Befragten wurden durch das Spital oder das lokale Hausärztenetzwerk keine Treffen für angehende Grundversorger organisiert. Bei fünf (3.47%) Jungärzten fanden bereits solche Treffen mit der Möglichkeit des Austausches zwischen Assistenzärzten mit demselben Berufswunsch statt.

112 (77.78%) Befragte fänden es wünschenswert, wenn es Treffen für zukünftige Grundversorger geben würde; wobei von der Mehrheit der Befragten ein halbjährlich oder seltener stattfindendes Treffen gegenüber einem häufiger stattfindenden Meeting bevorzugt würde. 69 (47.92%) Assistenzärzte wünschten sich an solchen Treffen die Anwesenheit eines erfahrenen Hausarztes. Themen, die im Rahmen solcher Meetings von den angehenden Hausärzten gerne diskutiert würden, sind zu gleich grossen Teilen „Praxiseröffnung“, „Praxisformen“ und „hausärztliche Karriere“ (Wunsch von 62 Assistenzärzten bzw. 43.06%). 44 (30.36%) Befragte wären froh, man würde die Treffen inhaltlich „offen lassen“ und damit Platz für individuelle Diskussionen bieten. Das Interesse an „Forschung in der Hausarztmedizin“ stand zum Zeitpunkt der Studie eher im Hintergrund - nur 13 (9.03%) Assistenzärzte wünschten diese Thematik.

4.9.2 Kontakt und Austauschmöglichkeiten durch die JHaS

Die grosse Mehrheit der Assistenzärzte verneinte, über die JHaS (als Möglichkeit des Austausches zwischen angehenden Grundversorgern) informiert worden zu sein (126 bzw. 87.5%). 9 (6.25%) bejahten, solche Informationen erhalten zu haben. Von letzteren neun Studienteilnehmenden wurden zwei (22.22%) durch Kaderärzte, sechs (66.67%) durch Assistenzarztkollegen und

einer (11.11%) durch einen niedergelassenen Hausarzt über die JHaS informiert.

Entsprechend gross war die Anzahl Jungärzte (123, 85.42%), welche noch nie in Kontakt mit dem Verein JHaS getreten war.

4.10 Wünsche und Verbesserungsvorschläge potentiell ange- hender Hausärzte hinsichtlich der Weiterbildung zum Grundversorger

13 (36.11%) der potentiellen Hausarztanwärter, welche sich mit Freitext zu Wünschen und Verbesserungsvorschlägen für ihre Weiterbildung geäußert haben (total 36 Freitextantworten) würden ein spezifisches stationäres Hausärztecriculum mit Rotationsmöglichkeiten in grundversorgerrelevanten Fachgebieten begrüßen.

Gleichermassen betont wurde der Wunsch nach einer Steigerung des Ansehens und der Wertschätzung des Hausarztberufs, einer verbesserten Informationspolitik in den Kliniken und der Umsetzung hausärztlicher gesundheitspolitischer Anliegen (bessere Verdienstmöglichkeiten, Finanzierung und flächendeckendes Angebot von Praxisassistenzprogrammen, Schaffung von Gemeinschaftspraxen etc.).

5. Diskussion

5.1 Einleitende Bemerkungen

Seit der Erhebung der vorliegenden Studiendaten haben sich mit der Einführung des Weiterbildungsprogramms für Allgemeine Innere Medizin und dem Angebot von Hausarztprogrammen und -curricula an einigen Schweizer Spitälern [22-28] wichtige Neuerungen in Richtung einer zielgerichteteren Weiterbildung zum Grundversorger ergeben. Vom Ziel, klar strukturierte Weiterbildungs- und Praxisassistenten-Programme für angehende Hausärzte flächendeckend für die Schweiz anbieten zu können, sind wir jedoch noch weit entfernt.

5.2 Nachwuchsmangel in der Hausarztmedizin?

Aus einer Berufszielstudie des Instituts für Hausarztmedizin (IHAM) der Universität Basel [10] ging hervor, dass sich nur rund 10% der damals befragten Studierenden eine spätere Berufstätigkeit als Hausarzt vorstellen konnten. Dies liegt weit unter dem prognostizierten Bedarf [29]. Demgegenüber zeigten sowohl unsere wie auch weitere Studien [16, 30] ein höheres Interesse der Assistenzärzte am Fachgebiet der Hausarztmedizin, wobei wohl oft nicht damit gerechnet werden darf, dass das Weiterbildungsziel Allgemeinmedizin bis zum Erwerb des Facharztstitels beibehalten wird. Wie eine prospektive Studie über die Einstellung junger Ärzte an Schweizer Spitälern nachgewiesen hat [12], ist die Konstanz, das Berufsziel der Allgemeinmedizin während all den Weiterbildungsjahren zu verfolgen, nur gering und die Abwanderungsrate vergleichsweise gross. Daraus resultiert eine statistisch erwiesene negative Nettobilanz von Neuniederlassungen in Schweizer Hausarztpraxen [31, 32]. So bedarf es weiterhin dringend einer Attraktivitätssteigerung des Hausarztberufs - unter anderem durch eine strukturiertere und zielgerichtete Weiterbildung.

5.3 Motivation für eine spätere Hausarztstätigkeit

Wie national und international durchgeführte Studien gezeigt haben [33-36], wirken sich während des Studiums gewonnene vertiefte Einblicke ins hausärztliche Tätigkeitsfeld und der persönliche Kontakt zu Grundversorgern mit Vorbildcharakter positiv auf die Motivation der Studierenden aus, das Weiterbildungsziel Hausarztmedizin ins Auge zu fassen.

Die vorliegende Studie unterstreicht diese Erkenntnisse: Bei rund einem Drittel der Befragten ist der Beweggrund für eine zukünftige Grundversorgertätigkeit auf Erfahrungen als Student in einer Hausarztpraxis zurückzuführen.

Wie sich in dieser Studie und oben genannten Publikationen zeigt, können durch das universitäre Angebot fachspezifischer Blockkurse, durch Hausarztpraktika sowie durch Einzeltutoriate in Grundversorgerpraxen potentiell berufsrichtungsweisende Berührungspunkte zwischen Studenten und dem Fachgebiet der Hausarztmedizin geschaffen werden – sowohl im Hinblick darauf, was den Motivationsfaktor „Erfahrungen als Student in einer Hausarztpraxis“ als auch was den in der vorliegenden Studie am häufigsten genannten Berufsmotivationsgrund „Fachinteresse“ betrifft.

Für die Zukunft der Grundversorgung ist es deshalb von grosser Wichtigkeit, dass die Hausarztmedizin durch eigene Institute an den Universitäten vertreten ist und gezielt das Interesse der Studierenden an diesem Fachgebiet wecken kann.

Die von 41 Studienteilnehmenden in Form von Freitext genannten Beweggründe für eine spätere Hausarztstätigkeit, wie die langjährige Patientenbetreuung und der persönliche Patientenkontakt, das breite medizinische Spektrum und damit die Vielseitigkeit dieses Fachgebiets, die Selbständigkeit und Flexibilität im Grundversorgerberuf sowie die Möglichkeit, in einer Teilzeitanstellung Familie und Beruf vereinbaren zu können, decken sich mit den in einer Studie des Instituts für Psychosoziale Medizin des Universitätsspitals Zürich erfassten Motiven für eine zukünftige Tätigkeit in der Hausarztmedizin [37]. Diese Kriterien stellen damit wichtige (Attraktivitäts-)Faktoren dar, in denen sich das Berufsfeld der Hausarztmedizin von den spezialisierten Fachdisziplinen unterscheidet.

Aus der Beantwortung der Frage zur Berufsmotivation potentieller Hausarztanwärter lässt sich ableiten, dass politische und ökonomische Interessen und Überlegungen nur sehr selten Anlass bieten, das Weiterbildungsziel Hausarzt in Erwägung zu ziehen. Wäre es möglich, die politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen für die Hausarztweiterbildung und spätere Ausübung eines Grundversorgerberufs zu verbessern, könnte ein gesundheitspolitisch bisher weitgehend vernachlässigtes Potential zur Rekrutierung junger Hausärzte genutzt werden (siehe auch unter 5.7).

5.4 Einfluss des Geschlechts auf die Wahl des Berufsziels Hausarzt

Publikationen aus der Schweiz wie auch beispielsweise aus den Niederlanden, USA und Grossbritannien zeigen [10, 38-41], dass sich mehr Frauen als Männer zum Hausarzt weiterbilden wollen. Eine Studie aus den Niederlanden [38] relativiert jedoch die beim weiblichen Geschlecht übers Ganze gesehene deutlicher vorhandene Präferenz für den Hausarztberuf, indem sie die unter den Frauen häufigeren Wechsel des Weiterbildungsziels zugunsten einer Spezialisierung beleuchtet. Danach streben prozentual zwar weniger Männer eine Grundversorgertätigkeit an, sind jedoch beim Festhalten am Berufswunsch Hausarzt stabiler. Eine mögliche Erklärung für die „Abwanderungstendenz“ der Frauen liefert eine schweizerische Studie über Erfahrungen am Arbeitsplatz [42]: Negative Erfahrungen während der Weiterbildung vermögen Assistenzärztinnen stärker zu beeinflussen - was die Wahl des Berufsziels und die Karriereplanung betrifft - als ihre männlichen Kollegen. Gerade weil Frauen sensibler reagieren, sind die Ergebnisse dieser Studie für sie von besonderem Interesse, weil auch weiterhin ein hoher Anteil der Weiterbildung an diesen Kliniken stattfinden wird.

Bei unserer eigenen Studie konnten dank einer hohen Rücklaufquote von 62.4% repräsentative Resultate erfasst werden. Wie unter 4.3.1 zu entnehmen ist, liess sich in unserer Stichprobe bezüglich des Weiterbildungsziels Hausarzt kein geschlechtsspezifisches Antwortverhalten nachweisen.

5.5 Zeitpunkt der Entscheidung, eine spätere Hausarztztätigkeit in Betracht zu ziehen

Die Frage zum Entscheidungszeitpunkt hat aufgezeigt, dass die Studienteilnehmenden das Berufsziel Hausarzt zu gleichen Teilen *vor* oder *während* der Weiterbildungszeit ins Auge gefasst haben. Dass sich ein noch so hoher Anteil der Studienteilnehmenden erst *während* der Weiterbildungszeit für eine mögliche zukünftige Hausarztztätigkeit entschieden hat, war weniger zu erwarten. Die Entscheidungsfindung vor Beginn der Weiterbildung unterstreicht die Relevanz einer kontinuierlichen Präsenz des Fachgebiets Hausarztmedizin während des Medizinstudiums. Für eine wirkungsvolle Nachwuchsförderung nebst der hausärztlichen Mitgestaltung des Studiums sollte in Zukunft auch vermehrt ein Augenmerk auf die Phase der Weiterbildung gelegt werden: Eine bedeutende Anzahl Assistenzärzte ist einer Rekrutierung für die spätere Ausübung des Hausarztberufs zugänglich.

Bezugnehmend auf 4.3.3 zeigte sich ein interessantes Phänomen im Sinne eines signifikanten Einflusses des Weiterbildungsjahrs auf die Wahl des Berufsziels Hausarzt, wobei die Methodik keine schlüssige Erklärung dieses Studienergebnisses erlaubt. Mit zunehmender klinischer Erfahrung wurde die Aufnahme einer zukünftigen Grundversorgertätigkeit verstärkt in Betracht gezogen. Es stellte sich jedoch kein linearer Trend, sondern ein Cut-off-Phänomen dar, zu dessen Klärung es weiterer Studien bedarf. Eine Ergründung dieses Phänomens könnte Verbesserungen in der Rekrutierung angehender Hausärzte ermöglichen. (Weiteres zur Nachwuchsförderung in der Hausarztmedizin siehe 5.8)

5.6 Unterstützung in der Weiterbildung zum Hausarzt

Wie eingangs erwähnt, haben nur diejenigen Assistenzärzte einen Fragebogen erhalten, deren Chefärzte an der Vorstudie teilgenommen haben. Dem Engagement der Chefärzte wie auch der Assistenzärzte, sich bei der Studie zu beteiligen, kann eine tendenziell positive Einstellung des Chefarztes gegenüber dem Hausarztberuf und deren Anwärter zu Grunde liegen. Solch eine positive Einstellung der Vorgesetzten ist als essentielle Voraussetzung für die Bereitschaft zu betrachten, zukünftige Hausärzte gezielt zu unterstützen und zu fördern. Rund 60% der potentiellen Hausarztanwärter fühlten sich in unserer Studie in ihrem Berufsziel durch die Vorgesetzten ihrer aktuellen Weiterbildungsstätte unterstützt. Es könnte sich jedoch durch oben genanntes Einschlusskriterium bei dieser Studienpopulation um eine Selektion hinsichtlich des Grundversorgerberufs vergleichsweise besser geförderter Assistenzärzte handeln. Dies wäre auch eine mögliche Erklärung für den in der vorliegenden Studie relativ hohen Prozentsatz von Assistenzärzten, welche sich eine spätere Hausarztstätigkeit vorstellen können.

In gewissen Bereichen sind aus den Antworten der Fragebögen dennoch relevante Mängel in der Unterstützung zukünftiger Grundversorger herauszulesen: Was zum Beispiel den Einsatz in praxisrelevante Tätigkeitsbereiche angeht, traf dies auf einen Anteil von nur 33.33% der befragten Assistenzärzte zu. Dabei wäre es bei einer klinikzentrierten Weiterbildung besonders essentiell, durch einen praxisrelevanten Einsatz einen Beitrag zur Steigerung der Weiterbildungsqualität und Förderung zukünftiger Grundversorger leisten zu können.

5.7 Lücken in einer klinikzentrierten Weiterbildung

Die meisten angehenden Hausärzte wurden von ihren Chefärzten im Rahmen eines Bewerbungs- oder Antrittsgesprächs nach ihrem Berufsziel gefragt. Wesentlich tiefer sehen die Zahlen bei den Leitenden Ärzten und Oberärzten aus: Nur 66.67% bzw. 60.77% haben sich bei den Assistenzärzten aktiv nach deren

Weiterbildungswunsch erkundigt (wobei dies möglicherweise auch dadurch bedingt sein konnte, dass Bewerbungs-/Antrittsgespräche häufiger durch Chefärzte als durch Leitende Ärzte oder Oberärzte geführt wurden). Die Frage nach der Zuständigkeit für die Weiterbildung der Assistenzärzte hat ergeben, dass die Funktion des Weiterbildners häufiger den Leitenden Ärzten und Oberärzten unterliegt als den Chefärzten. Die Kommunikation und Weitergabe von Berufs- und Lernzielen durch den Chefarzt an die Leitenden Ärzte und Oberärzte nimmt deshalb einen wichtigen Stellenwert ein.

Während in der Vorstudie [21] über die Hälfte der Chefärzte angaben, hausärztliche Lernziele besprochen zu haben, wurde aus Sicht der Assistenzärzte dem Ausarbeiten und Besprechen von spezifischen Lernzielen im Hinblick auf den späteren Aufgabenbereich in weniger als einem Viertel Rechnung getragen. Auch Kommunikation wurde noch immer nicht an allen Orten als wichtiges Lernziel angesehen und gelehrt. Wie auch aus anderen Studien berichtet wurde [43, 44], fehlte es in vielen Weiterbildungsstätten an einer genügend ausgeprägten Feedback-Kultur, welche doch für eine gezielte Förderung der Jungärzte äusserst relevant wäre. Durch Anpassungen der FMH bezüglich der allgemeinen Lernziele für die Weiterbildungsprogramme [2] wurden oben genannte Mängel durch eine Lernzieldefinition von Kommunikation unter Mitarbeitenden und gegenüber Patienten und deren Angehörigen unterdessen angegangen.

Häufig fehlt es an hausarztspezifischer klinikinterner Fortbildung, und auf Fachgesellschaften als Informationsquellen wurde durch die Vorgesetzten zu selten hingewiesen.

Ein spezieller Turnus oder Einsatzplan für spätere Hausärzte scheint an den meisten Weiterbildungsstätten nicht zu existieren. Viele Studienteilnehmende wünschen sich, an einem Praxisassistentenprogramm teilnehmen zu können, doch das Angebot ist nur in wenigen Kliniken gegeben. Die Unterstützung durch die Vorgesetzten, den Kontakt zu lokalen Hausärztenetzwerken zu suchen, fehlt ebenso in vielen Fällen. So ist es nicht weiter erstaunlich, dass eine Integration als Jungarzt in die genannten Netzwerke nur selten zu gelingen scheint. Des weiteren wurde den Studienteilnehmenden in aller Regel keine Möglichkeit eines Mentorings durch einen erfahrenen Hausarzt angeboten. Auch über das Projekt „Mentoring Hausärzte Schweiz“ (initiiert von den drei

Fachgesellschaften SGAM, JHaS und MWS) [45] wurde an kaum einer Klinik informiert. Ausserdem scheinen die JHaS bis zum Zeitpunkt dieses Fragebogens unter den Assistenzärzten und bei Kaderärzten weitgehend unbekannt gewesen zu sein. Schon in einer früheren Schweizer Studie [13] wurde beschrieben, dass die Assistenzärzte über bestehende Netzwerke zu wenig orientiert seien. Durch das Spital oder lokale Hausärztenetzwerke veranlasste Treffen für zukünftige Hausärzte wären wünschenswert und würden, wie diese Studie zeigt, von der grossen Mehrheit der potentiellen angehenden Grundversorger sehr begrüsst. Anwärter des Hausarztberufs gaben an, mangels fehlender Organisation solcher Zusammenkünfte zu Assistenzärzten mit demselben Berufsziel bisher kaum in Kontakt getreten zu sein. Die meisten würden ein halbjährliches oder selteneres Treffen einem häufiger stattfindenden vorziehen und wünschen das Beisein eines erfahrenen Hausarztes. Vor allem die Praxiseröffnung, die Praxisformen und die hausärztliche Karriere sollten nach Meinung der Studienteilnehmenden Thema dieser Zusammenkünfte sein.

5.8 Verbesserungsmöglichkeiten in der hausärztlichen Weiterbildung – Basis für eine effizientere Nachwuchsförderung

Wie die Analysen zum Weiterbildungsstand und dem Ziel, zukünftig als Hausarzt tätig zu sein, gezeigt haben, findet sich während der Weiterbildungszeit ein nicht unbedeutendes Potential, Assistenzärzte im Hinblick auf eine spätere Hausarztstätigkeit zu rekrutieren.

Die Wünsche und Verbesserungsvorschläge der Studienteilnehmenden geben uns wichtige Hinweise, wie dieses Potential in den Kliniken besser genutzt werden kann:

- Praxisassistentenprogramm/Hausarztcurriculum

Ein dringender Wunsch der Assistenzärzte besteht im Ausbau der Möglichkeiten, an einem Praxisassistentenprogramm teilnehmen zu können. Ebenso wäre, wie unterdessen an einigen Zentren initiiert, die möglichst flächendeckende

Einführung eines spezifischen Hausarztcurriculums (mit Rotationsmöglichkeiten in praxisrelevante Fachgebiete wie die Ophthalmologie, ORL, Dermatologie, Gynäkologie, Psychiatrie etc.) wünschenswert.

- Hausarztspezifischer Lernzielkatalog

Da die Organisation eines Hausarztcurriculums in naher Zukunft nicht für jede Klinik verwirklicht sein wird, sollte für diese Kliniken ein hausarztspezifischer Lernzielkatalog ausgearbeitet beziehungsweise adaptiert werden. Ein solcher kann im Sinne eines Leitfadens – sowohl für die Weiterbildner als auch für die angehenden Hausärzte – wesentlich zu einer besser strukturierten Weiterbildung beitragen und die Einsatzplanung bereits beim Anstellungsgespräch konkretisieren helfen.

- Fachgesellschaften/Mentoringprogramme

Unter den Assistenzärzten besteht der Wunsch nach einer verbesserten Informationspolitik: Unter anderem sollten die Fachgesellschaften für Hausarztmedizin und die JHaS in den Kliniken regelmässig präsent werden. Von den Assistenzärzten gewünscht wird auch, dass manche Klinikvorsteher mehr Interesse und Kenntnisse zeigen, was die Fachgesellschaften der Hausarztmedizin und deren Angebote für Anwärter des Hausarztberufs betrifft. Die Förderung von Zusammenkünften angehender Hausärzte, von Kontakten mit Netzwerkorganisationen und von Mentoringprogrammen könnte die hausärztliche Weiterbildung zusätzlich verbessern und attraktiver machen.

- Wertschätzung des Grundversorgers

Ein gesteigertes Ansehen und eine höhere Wertschätzung der Grundversorger – seitens Spezialisten, stationären Kaderärzten, seitens gesundheitspolitischer Instanzen sowie in der gesellschaftlichen Wahrnehmung – würde nach Meinung der Befragten die Attraktivität des Hausarztberufs deutlich steigern und könnte damit einen wesentlichen Beitrag zur Nachwuchsförderung in der Hausarztmedizin leisten.

- Gesundheitspolitische/ökonomische Anreize

Auch die Umsetzung gesundheitspolitischer Anliegen wird von angehenden Hausärzten als wichtig empfunden und könnte Anreize schaffen, dieses Weiterbildungsziel zu verfolgen – so wären etwa zentrale Ziele, die Verdienstmöglichkeiten zu verbessern, mehr Gemeinschaftspraxen zu schaffen, Hausärzte von administrativen Tätigkeiten zu entlasten und eine genügend hohe finanzielle Unterstützung von Lehrpraktikern zu gewährleisten. Um mehr Grundversorger für eine Lehrpraktikertätigkeit begeistern zu können, würde jedoch nicht nur die extrinsische Motivation einer adäquaten finanziellen Entlohnung, sondern auch die Unterstützung intrinsischer Motivationsfaktoren begrüsst. Die Antworten auf die Frage nach den Beweggründen für eine spätere Hausarztstätigkeit verdeutlichen zudem, dass die momentane gesundheitspolitische Lage und die derzeitigen Verdienstmöglichkeiten dafür nicht motivierend sind. Beweggründe wie politische respektive ökonomische Interessen und Überlegungen stehen im Hinblick auf die Wahl eines Hausarztberufs bei unserer Erhebung eher im Hintergrund. Andere nationale Studien [13, 16, 30, 46, 47] haben jedoch gezeigt, dass die im Verhältnis zu den Spezialisten schlechtere finanzielle Entlohnung der Grundversorger, in manchen Fällen durchaus Ursache dafür ist, sich vom Berufsziel Hausarzt zu distanzieren. Auch andere Länder mit schlechten Verdienstmöglichkeiten in den Grundversorgerberufen berichten, dass das zu erwartende spätere Einkommen auf die Wahl des Berufsziels einen relevanten Einfluss habe und daher viele Medizinstudenten und Jungärzte von einer Weiterbildung zum Hausarzt abhalte [48-52]. Diese Erkenntnisse lassen auf ein - auf Bundesebene bisher leider wenig genutztes - Potential schliessen, zukünftige Hausärzte rekrutieren und dadurch dem zu erwartenden Grundversorgermangel entgegenwirken zu können.

5.9 Stärken und Limitationen der Studie

Unserer Kenntnis nach ist bis zum heutigen Zeitpunkt in der Schweiz in dieser Form und Thematik noch keine Studie durchgeführt worden. Es handelt sich somit bei vorliegender Befragung um eine bisher einzigartige Datenerhebung.

Ausser zur ähnlich aufgebauten Vorstudie [21] ergibt sich aus diesem Grund die Schwierigkeit, Vergleiche zu Daten anderer nationaler Studien herstellen zu können. Die erhobenen Resultate lassen sich zudem nicht ohne weiteres solchen Auswertungen aus dem Ausland gegenüberstellen, weil in den meisten westlichen Ländern ein zur Schweiz stark differierendes Weiterbildungskonzept für angehende Hausärzte besteht.

Die Stichprobe in diesem Studiendesign beschränkt sich auf die in den Kantonen Bern und Zürich arbeitenden Assistenzärzte, und zwar nur auf die Fachdisziplinen der Chirurgie und Inneren Medizin. Die Wahl fiel deshalb auf die chirurgischen und internistischen Kliniken, weil sich in diesen zwei Departementen erfahrungsgemäss eine Mehrheit der angehenden Hausärzte befindet. Wegen des in der Regel vernachlässigbar kleinen Anteils zukünftiger Grundversorger in den hoch spezialisierten chirurgischen Universitäts-Kliniken wurden von vornherein die chirurgischen Abteilungen der Universitätsspitäler beider Kantone nicht in die Umfrage mit eingeschlossen.

Ein weiterer Selection Bias liegt darin begründet, dass ausschliesslich Assistenzärzte derjenigen Kliniken eingeschlossen wurden, deren Chefärzte an der Vorstudie teilgenommen haben. Dies könnte eine Positivselektion von Weiterbildungs-Stätten zu Folge haben. Auch hat beispielsweise eine grosse Weiterbildungs-Stätte wie das Unispital Bern nicht teilgenommen; daher fehlt in der vorliegenden Studie der zahlenmässig und sicher auch inhaltlich wichtige Anteil beantworteter Fragebogen der internistisch tätigen Assistenzärzte des Universitätsspitals Bern.

Die vorliegenden Resultate zur Weiterbildungsqualität zukünftiger Hausärzte in stationären Einrichtungen gelten somit für diese limitierte Stichprobe und sind nicht uneingeschränkt auf sämtliche Fachdisziplinen und Weiterbildungsstätten aller Kantone übertragbar, insbesondere nicht auf jene der italienischen und französischen Sprachregionen.

Die von der FMH im Jahr 2008 durchgeführte gesamtschweizerische Assistenzärztebefragung ergab, dass 44% der Befragten ihr Medizinstudium im Ausland abgeschlossen haben [43]. Der in der vorliegenden Studie mit 29.25% überra-

schend kleinere Anteil Studienteilnehmender mit ausländischem Staatsexamen verschaffte dieser Studie die Stärke, dass 70.75% der beantworteten Fragebogen von Absolventen aus einer Schweizerischen Universität stammten und damit die Antwortbasis der Mehrheit der Befragten auf einer Ausbildung in unserem Land beruhte. Die Untervertretung der ausländischen Assistenzärzte ist zugleich allerdings auch ein Bias, wobei über ihren künftigen Beitrag zur work-force in der Grundversorgung ohnehin zuwenig bekannt ist (Verbleib in der Schweiz oder Rückkehr in die Heimat).

Die Auswertung aller beantworteter Fragebogen zeigte eine Geschlechterverteilung von 192 (60.4%) Assistenzärztinnen zu 126 (39.6%) Assistenzärzten. Diese Zahlen stehen in enger Korrelation mit der Geschlechterverteilung bei der Vergabe von Arzt-Diplomen an den schweizerischen universitären Hochschulen der letzten Jahre (2008: 61.5 % Absolventinnen und 38.5% Absolventen) [53] und korrelieren ausserdem mit der Geschlechterverteilung beim Fragebogenversand (301 (56.3%) weibliche Adressaten, 204 (38.1%) männliche Adressaten, 30 (5.6%) Adressaten mit unbekanntem Geschlecht).

Als weitere Stärke dieser Studie darf der statistische Ausschluss eines Selection Bias gelten, was den Fragebogenrücklauf in Bezug auf das Weiterbildungsziel Hausarzt betrifft: Es besteht keine Korrelation zwischen einer möglichen Hausarztztätigkeit und dem Fragebogenrücklauf (correlation coefficient $r = -0.16$, $p = 0.3$). Folglich haben nicht mehrheitlich Assistenzärzte an der Studie teilgenommen, die das Berufsziel Hausarzt in Erwägung ziehen, sondern auch solche, die eine zukünftige Hausarztztätigkeit ausschliessen.

Die von den Jungärzten in dieser Studie geleisteten Angaben sind im Sinne eines Querschnitts momentaner Einstellungen gegenüber den verschiedenen Fragebogenthemen zu werten. Um Aussagen zum Trend des Antwortverhaltens innerhalb dieser Stichprobe treffen zu können, wäre zu weiteren Zeitpunkten der Weiterbildung (im Sinne einer Longitudinalstudie) eine Befragung derselben Studienteilnehmenden notwendig.

6. Schlussfolgerung

Die schriftliche Befragung einer Stichprobe Schweizer Assistenzärzte zur Weiterbildung zukünftiger Hausärzte an stationären Institutionen hat erstaunliche und teils bedenkenswerte Resultate geliefert.

Obschon der Ausbildungsweg zum Hausarztberuf gegenwärtig bedeutende Neuerungen erfährt (im Sinne des neuen Weiterbildungsprogramms für Allgemeine Innere Medizin und der an einzelnen Kliniken eingeführten sogenannten Hausarztprogramme bzw. Hausarztcurricula) [22-28], werden Anwärtler eines Facharztstitels für Hausarztmedizin in der Schweiz auch in Zukunft einen grossen Teil ihrer Weiterbildung in stationären Weiterbildungsstätten absolvieren. Mit der Ausarbeitung und Einführung oben genannter Neuerungen konnte einigen der festgestellten Lücken und Mängel einer klinikzentrierten Weiterbildung unterdessen bereits Rechnung getragen werden. Dennoch liegt in der Schweiz der Schwerpunkt der Weiterbildung zum Grundversorger noch nicht gleichermassen im ambulanten Tätigkeitsbereich, wie dies in anderen europäischen Staaten der Fall ist. Aus diesem Grund ist es nach wie vor von grosser Wichtigkeit, die Phase der Weiterbildung in stationären Institutionen für unsere späteren Hausärzte zu optimieren – auch um das in dieser Studie festgestellte Potential zu nutzen, während der Weiterbildungszeit eine Vielzahl Assistenzärzte für eine zukünftige Grundversorgertätigkeit begeistern und ihre Ausbildung optimieren zu können.

7. Literaturverzeichnis

1. Schläppi, P., Rindlisbacher, B., *Weiterbildung von Hausärzten - eine nationale Aufgabe*. PrimaryCare, 2007. **7**(7-10): p. 165-167.
2. FMH. [cited; Available from: http://www.fmh.ch/bildung-siwf/weiterbildung_allgemein/weiterbildungsprogramme.html].
3. Van der Wel, M., *How to enjoy GP medicine to the max: the importance of a high quality, all-round GP traineeship*. PrimaryCare, 2004. **4**(42): p. 817-819.
4. Van den Bussche, H., *Von einem anderen Stern? Die Pädagogisierung der Weiterbildung zum Hausarzt in Flandern*. Z Allg Med, 2007(83): p. 66-69.
5. Aubert, J., *Ausbildung von Hausärzten in Frankreich - ein Erfahrungsbericht*. PrimaryCare, 2009. **9**(1): p. 12-15.
6. Soethout, M.B., G. van der Wal, and T.J. ten Cate, [Career goals and choice of profession among recently graduated physicians]. Ned Tijdschr Geneesk, 2007. **151**(38): p. 2118-23.
7. Sinclair, H.K., L.D. Ritchie, and A.J. Lee, *A future career in general practice? A longitudinal study of medical students and pre-registration house officers*. Eur J Gen Pract, 2006. **12**(3): p. 120-7.
8. Nordic Medical Associations. 2003 [cited; Available from: http://www.legeforeningen.no/assets/nordiskalakarfakta2003_english.pdf].
9. Jones, L., Fisher, T., *Workforce trends in general practice in the UK: results from a longitudinal study of doctors' careers*. Br J Gen Pract, 2006. **56**(523): p. 134-6.
10. Halter, U., Tschudi, P., Bally, K., Isler, R., *Berufsziel von Medizinstudierenden - Erste Resultate einer Studie des IHAM Basel*. PrimaryCare, 2005. **5**(20): p. 468-472.
11. Siegrist, M., Orlow, P., Giger, M., *Weiterbildung und Arbeitssituation aus Sicht der Assistenzärzte*. Schweizerische Ärztezeitung, 2006. **87**(10): p. 379-386.
12. Klaghofer, R., *Hausarztmedizin in der Krise?* PrimaryCare, 2006. **6**(44): p. 809-811.
13. Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., *Dem Hausarztschwund auf der Spur*. VSAO Journal ASMAC, 2007(1): p. 33-36.
14. Lambert, T.W., et al., *Career preferences of doctors who qualified in the United Kingdom in 1993 compared with those of doctors qualifying in 1974, 1977, 1980, and 1983*. Bmj, 1996. **313**(7048): p. 19-24.
15. Tschudi, C., Isik, S., Bally, K., Isler, R., Heiniger, S., Halter, U. Martina, B., Tschudi, P., *Wie lässt sich die Attraktivität des Berufsziels "Hausarzt/ärztin" steigern?* PrimaryCare, 2007. **7**(16): p. 272.
16. Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Buddeberg, C., Klaghofer, R., *Möglichkeiten zur Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin aus der Sicht junger Ärztinnen und Ärzte*. Gesundheitswesen, 2008(70): p. 123-128.
17. Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Marty, F., *Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin - Ansichten und Vorschläge von praktizierenden Hausärzten*. PrimaryCare, 2007. **7**(42-43): p. 639-641.
18. Rindlisbacher, B., Battaglia, M., *Weiterbildung in Hausarztpraxen - Aufbau und Durchführung des dreijährigen Pilotprojektes 1. Juli 1998 - 30. Juni 2001*. Schweizerische Ärztezeitung, 2002. **83**(9): p. 407-409.
19. Pfisterer, J., *Praxisassistent - eine wichtige Dimension in der Weiterbildung zum Hausarzt*. PrimaryCare, 2008. **8**(18): p. 377-378.
20. Feller, S., *Praxisassistent: "...die lehrreichste Zeit in meiner Ausbildung!" - Evaluation des Projekts "Weiterbildung in der Hausarztpraxis" des Kollegiums für Hausarztmedizin KHM*. Schweizerische Ärztezeitung, 2005. **86**(19): p. 1147-1153.

21. Badertscher, N., Schöni, M., Zoller, M., Rosemann, T., *Weiterbildung von angehenden Hausärzten an stationären Weiterbildungsstellen: Sicht der Chefärzte*. Praxis, 2011. **100**(13): p. 781-785.
22. Perrier, A., Cornuz, J., Gaspoz, J.M., Pécoud, A., Waeber, G., *Plädoyer für eine gemeinsame Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin und Innere Medizin in der Schweiz (Teil 2)*. Schweizerische Ärztezeitung, 2008. **89**(14): p. 566-571.
23. Perrier, A., Cornuz, J., Gaspoz, J.M., Pécoud, A., Waeber, G., *Plädoyer für eine gemeinsame Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin und Innere Medizin in der Schweiz (Teil 1)*. Schweizerische Ärztezeitung, 2008. **89**(12/13): p. 516-522.
24. Marty, F., Meyer, R.L., *Hallo Hausarztmedizin - Gelingt mit der Gründung der Vereinigung "Hausärzte Schweiz" auch ein erster Schritt zur Geburt des längst überfälligen einheitlichen Facharzttitels in der Primärversorgung?* Schweizerische Ärztezeitung, 2009. **90**(28/29): p. 1129-1137.
25. Giger, M., *Das neue Weiterbildungsprogramm für Allgemeine Innere Medizin: Stärkung der Hausarztmedizin*. Schweizerische Ärztezeitung, 2009. **90**(50): p. 1951-1952.
26. Bürgi, U., Héretier, F., Müller, M., *Das neue Weiterbildungsprogramm für Allgemeine Innere Medizin: modular, pragmatisch, sinnvoll*. PrimaryCare, 2009. **9**(20): p. 353.
27. Häuptle, C., Meyenberger, Ch., Greminger, P., *Das St. Galler Projekt: Vom Projekt zum Modell?* Schweizerische Ärztezeitung, 2010. **91**(24): p. 949-953.
28. Bandi-Ott, E., Rosemann, T., *Von der Praxisassistenten zum Curriculum "Hausarztmedizin"*. PrimaryCare, 2009. **9**(20): p. 359.
29. Jaccard Ruedin, H., Weaver, F. *Ageing Workforce in an Ageing Society, Wieviele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030?* Webpublikation des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan 2009 [cited; Available from: <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/03.Document.123782.pdf>].
30. Buddeberg-Fischer, B., M. Stamm, and F. Marty, *Family medicine in Switzerland: training experiences in medical school and residency*. Fam Med, 2007. **39**(9): p. 651-5.
31. Marty, F., *Praxiseröffnungsinserate in der Schweizerischen Ärztezeitung von Mitte 1997 bis Ende 2004, Teil 2 – Die Anzahl Hausärzte im Kontext anderer Daten1*. PrimaryCare, 2005. **5**(21): p. 478-480.
32. Marty, F., *Praxiseröffnungsinserate in der Schweizerischen Ärztezeitung von Mitte 1997 bis Ende 2004*. PrimaryCare, 2005. **5**(20): p. 455-458.
33. Tschudi, P., K. Bally, and R. Isler, *One-on-one tutorials in private practices and clinics: four years of experience in Basel, Switzerland*. Med Teach, 2003. **25**(5): p. 537-43.
34. Isler, R., et al., *One-on-one long-term tutorials in general practitioners' practices - a successful new teaching concept in primary care medicine*. Swiss Med Wkly, 2009. **139**(11-12): p. 161-5.
35. Howe, A. and G. Ives, *Does community-based experience alter career preference? New evidence from a prospective longitudinal cohort study of undergraduate medical students*. Med Educ, 2001. **35**(4): p. 391-7.
36. Henderson, E., A. Berlin, and J. Fuller, *Attitude of medical students towards general practice and general practitioners*. Br J Gen Pract, 2002. **52**(478): p. 359-63.
37. Hasler, L.B., Stamm, M., Buddeberg-Fischer, B., *Zukünftige Hausärztinnen und Hausärzte - Gründe für die Berufswahl und berufliche Kernkompetenzen*. Praxis, 2008(97): p. 1277-1285.

38. Maiorova, T., et al., *Shortage in general practice despite the feminisation of the medical workforce: a seeming paradox? A cohort study*. BMC Health Serv Res, 2008. **8**: p. 262.
39. Lambert, T.W., J. Evans, and M.J. Goldacre, *Recruitment of UK-trained doctors into general practice: findings from national cohort studies*. Br J Gen Pract, 2002. **52**(478): p. 364-7, 369-72.
40. Lambert, E.M. and E.S. Holmboe, *The relationship between specialty choice and gender of U.S. medical students, 1990-2003*. Acad Med, 2005. **80**(9): p. 797-802.
41. Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Vetsch, E., Abel, T., Buddeberg, C., *Studienenerfahrungen und Karrierepläne angehender Ärztinnen und Ärzte*. Schweizerische Ärztezeitung, 2002. **83**(38): p. 1980-1986.
42. Buddeberg-Fischer, B., et al., *Junior physicians' workplace experiences in clinical fields in German-speaking Switzerland*. Swiss Med Wkly, 2005. **135**(1-2): p. 19-26.
43. Van der Horst, K., Siegrist, M., Orlow, P., Berendonk, Ch., Giger, M., *Demographie, Beurteilung des Studiums und der Feedbackkultur an den Weiterbildungsstätten*. Schweizerische Ärztezeitung, 2010. **91**(6): p. 203-207.
44. Berendonk, C., Beyeler, C., Westkämper, R., Giger, M., *Strukturiertes Feedback in der ärztlichen Weiterbildung: Mini-CEX und DOPS*. Schweizerische Ärztezeitung, 2008. **89**(32): p. 1337-1339.
45. Kaiser, E., *Mentoring Hausärzte Schweiz*. PrimaryCare, 2008. **8**(17): p. 347.
46. Buddeberg-Fischer, B., et al., *Primary care in Switzerland--no longer attractive for young physicians?* Swiss Med Wkly, 2006. **136**(27-28): p. 416-24.
47. Buddeberg-Fischer, B., et al., *Swiss residents' arguments for and against a career in medicine*. BMC Health Serv Res, 2006. **6**: p. 98.
48. Senf, J.H., D. Campos-Outcalt, and R. Kutob, *Factors related to the choice of family medicine: a reassessment and literature review*. J Am Board Fam Pract, 2003. **16**(6): p. 502-12.
49. Newton, D.A., M.S. Grayson, and L.F. Thompson, *The variable influence of lifestyle and income on medical students' career specialty choices: data from two U.S. medical schools, 1998-2004*. Acad Med, 2005. **80**(9): p. 809-14.
50. Natanzon, I., et al., *What factors aid in the recruitment of general practice as a career? An enquiry by interview of general practitioners*. Dtsch Med Wochenschr, 2010. **135**(20): p. 1011-5.
51. Morra, D.J., G. Regehr, and S. Ginsburg, *Medical students, money, and career selection: students' perception of financial factors and remuneration in family medicine*. Fam Med, 2009. **41**(2): p. 105-10.
52. Rosenblatt, R.A. and C.H. Andrilla, *The impact of U.S. medical students' debt on their choice of primary care careers: an analysis of data from the 2002 medical school graduation questionnaire*. Acad Med, 2005. **80**(9): p. 815-9.
53. Bundesamt für Statistik, *Abschlüsse der universitären Hochschulen, Periode 1990-2008*. 2008.

8. Verdankungen

Ich möchte allen, die mich bei der Arbeit unterstützt und mir meine Dissertation ermöglicht haben, ganz herzlich danken:

- Dr. med. Marco Zoller und Dr. med. Nina Badertscher, unter deren Leitung und Betreuung diese Arbeit entstehen konnte, die mich in allen Phasen meiner Dissertation unterstützt und sich bei Fragen und für Besprechungen stets Zeit genommen haben.
- Prof. Dr. med. Thomas Rosemann für die Möglichkeit in seinem Institut dissertieren zu dürfen und seine unterstützende Haltung als Institutsdirektor des Instituts für Hausarztmedizin und Versorgungsforschung Zürich
- Dr. med. Miriam Schöni, die mit der Vorstudie und dem Entwurf des Fragebogens bedeutende Vorarbeit geleistet hat
- Dr. med. Oliver Senn für die Hilfestellung rund um die statistischen Berechnungen
- Barbara Portner für die präzise Verwaltung der Rücklaufdatei und aufwendige Codierungsarbeit
- Allen am Versand der vielen Fragebögen beteiligten HelferInnen
- Allen Mitarbeitenden des IHAMZ für ihre äusserst angenehme und hilfsbereite Art
- Den Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung, welche sich Zeit für den Fragebogen genommen haben
- Meiner Familie, die mich in allem stets unterstützt hat